

VIH/SIDA ET DROIT

VOLUME 7, NUMÉRO 1, JUILLET 2002

Vaccins anti-VIH – Les défis actuels et la voie du progrès

Le septième volume de la *Revue* soulignera le dixième anniversaire du Réseau juridique canadien VIH/sida en offrant une série d'articles décrivant des développements du passé et des orientations pour le futur, dans plusieurs domaines des politiques et du droit dans le contexte du VIH/sida. L'article qui suit est le premier de la série; il décrit les défis qui se posent dans la recherche et l'éventuel accès à des vaccins anti-VIH, puis il propose des orientations. Ses auteurs y affirment que, pour des motifs de santé publique ainsi que des raisons éthiques et juridiques, les gouvernements ont des obligations de développer des vaccins anti-VIH et d'assurer l'accès à l'éventuel fruit de ces recherches. Ils décrivent en outre les devoirs qui découlent des obligations des gouvernements : accroître l'engagement et les ressources pour développer des vaccins anti-VIH, dans le contexte d'une intensification de la recherche mondiale de solutions aux maladies des pauvres; augmenter le soutien et les incitations à intensifier les partenariats pour découvrir des vaccins anti-VIH; améliorer la capacité de réglementation dans chaque pays, pour l'examen, l'approbation et la surveillance d'éventuels vaccins anti-VIH; et assurer une production d'ampleur mondiale, un approvisionnement effectif ainsi que la fourniture et l'accessibilité de vaccins, dans le contexte des efforts pour accroître l'accès mondial à des mesures et technologies bénéfiques à la santé publique.

voir page 22



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

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



La Stratégie
canadienne
sur le VIH/sida

Politiques canadiennes en matière de drogue – La voie du progrès

Le présent article fait partie d'une série de textes sur les développements et les orientations futures dans des domaines des politiques et du droit liés au VIH, commandés pour marquer le 10^e anniversaire du Réseau juridique canadien VIH/sida. En dépit de demandes d'adopter une approche axée sur la réduction des méfaits, l'approche canadienne devant l'usage de drogues illicites demeure fondée sur la prohibition et la grande majorité des fonds versés par le fédéral va à des initiatives limitées à la réduction de l'approvisionnement. Des changements majeurs aux politiques et aux lois sont nécessaires pour réduire les méfaits associés à l'injection de drogue, au Canada. Notamment, il faut développer une stratégie complète et intégrée, explorer des cadres légaux différents, mettre à l'essai des approches novatrices pour réduire les méfaits, et investir dans des politiques sociales générales qui s'attaquent aux déterminants de l'injection de drogue.

voir page 31

REVUE CANADIENNE VIH/SIDA ET DROIT

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

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

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

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

Correspondants réguliers, Nouvelles canadiennes :
Registre géographique
Liz Scanlon, national, lizs@cdnaids.ca
Tarel Quandt, Colombie-Britannique, tarelq@parc.org
Rebecca (Becky) Scheer, Alberta, rscheer@aidscalgary.org
Roger Procyk, Manitoba, rprocyk@ninecircles.ca
Ruth Carey, Ontario, careyr@lao.on.ca
Glenn Betteridge, Ontario, betterg@lao.on.ca
Matthew Perry, Ontario, perrym@lao.on.ca
Caroline Ploem, Provinces maritimes, cploem@nbnet.nb.ca
Bill Downer, Terre-Neuve et Labrador, bdowner@acnl.net
Registre thématique
Thomas Kerr, Dossier usage de drogues illégales,
tkerr@intergate.bc.ca
Kim Thomas, Dossier autochtone, kimt@storm.ca

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

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

Circulation : 2000
ISSN 1195-5252

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

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

Réseau juridique canadien VIH/sida

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

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

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

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

www.aidslaw.ca

TABLE DES MATIÈRES

ÉDITORIAL	5
DOSSIERS	
Vaccins anti-VIH – Les défis actuels et la voie du progrès	1
Politiques canadiennes en matière de drogue – La voie du progrès	1
Stigmatisation et discrimination liées au VIH/sida : l'épidémie continue	9
VIH/sida en prison : autres développements	17
Les vaccins anti-VIH au Canada : questions juridiques et éthiques – un aperçu	29
NOUVELLES CANADIENNES	
La nouvelle loi sur l'immigration entre en vigueur ainsi que son Règlement	38
Le gouvernement reporte la fourniture de marijuana médicale	39
C.-B. – Un rapport recommande la déclaration obligatoire du VIH	41
Vancouver : utilisatrices de drogue par injection plus vulnérables au VIH	42
Un groupe d'entreprises cesse de s'opposer à un centre de santé pour usagers de drogues	42
Moins d'accès à la justice : réduction de l'aide juridique en C.-B.	44
L'Ontario s'apprête à présenter un nouveau projet de loi sur la protection des renseignements personnels	45
En bref	
NOUVELLES INTERNATIONALES	
Test de sérodiagnostic dans l'armée – Deux pas en avant, un en arrière	49
Réunions sur les aspects légaux et éthiques des vaccins anti-VIH	50
Caraïbe – Des pays réagissent à des questions juridiques, éthiques et de droits de la personne	50
Afrique – Réseautage, accroissement de la capacité et formation	52
Une loi ukrainienne criminalise le travail du sexe	54
Autres développements	55
LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX – CANADA	
La Cour d'appel de l'Ontario reconnaît le droit constitutionnel à l'égalité des personnes qui reçoivent de l'aide sociale	56
Sang et produits sanguins : Le rejet par le ministre d'une demande d'aide extraordinaire est confirmé	58
Droit criminel et transmission du VIH ou exposition : une nouvelle affaire	60
LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX – INTERNATIONAL	
Enfant séropositif au VIH placé sous tutelle judiciaire après un refus de traitement antirétroviral par son père	61
Un tribunal anglais confirme l'interdiction de publication de l'identité d'un travailleur de la santé séropositif	63
Un tribunal du R.-U. juge que le gouvernement a refusé à tort l'aide au logement à une femme séropositive	64
El Salvador – Des militants contestent la loi autorisant le test du VIH pré-embauche	66
Inde – Un ONG conteste l'infraction pénale d'actes « non naturels »	68
ACCÈS MONDIAL AUX TRAITEMENTS	
L'accès mondial aux traitements : réussites et défis	69

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 _____

Titulaire de la carte _____ Signature _____

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

Archives

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

ÉDITORIAL

Cette année est le dixième anniversaire du Réseau juridique canadien VIH/sida – une occasion de jeter un regard sur le passé et l’avenir. Nous soulignerons l’anniversaire de diverses manières dans la *Revue*. Nous commençons en présentant un éditorial que nous avons invité le juge Michael Kirby à écrire, où il examine ce que nous avons appris – et ce qui nous reste à apprendre – de l’épidémie du VIH et de la réaction que nous lui offrons. Au fil de l’année, nous publierons des articles qui survoleront d’importants domaines des politiques et du droit liés VIH/sida. Chacun résumera les principaux développements des cinq dernières années, identifiera des orientations souhaitables au chapitre des politiques et du droit, puis suggérera des lectures essentielles. Dans ce numéro, nous offrons des articles de fond sur la recherche de vaccins anti-VIH, l’accès mondial aux traitements, la discrimination, et les politiques canadiennes en matière de drogue. Vos commentaires sur les rubriques ainsi que les articles anniversaires sont les bienvenus; adressez-les à Theodore de Bruyn (tdebruyn@cyberus.ca).

Des anniversaires – Mais qu’avons-nous appris?

Seulement un peu plus de vingt ans depuis que le sida est entré dans notre conscience? On dirait une éternité.

Vous souvenez-vous de la première fois que vous avez entendu parler de cette étrange nouvelle crise? Moi, si. Le journal gai de Sydney, en Australie, commençait à publier des dépêches sur le « GRID » [*gay-related immune deficiency*] – une maladie nouvelle et exotique apparue parmi les gais nord-américains sexuellement actifs. Au début, des scientifiques l’associaient à l’utilisation d’amyl-nitrate (les *poppers*), cet « inhalant récréatif » utilisé par certains pendant un rapport sexuel. Alors je suis à l’abri, me suis-je dit, n’ayant jamais aimé les *poppers*.

Puis, au fur et à mesure que des amis précieux tombaient malades – très malades – et qu’augmentaient le

nombre et l’intensité des funérailles, il est apparu que personne n’était à l’abri. La majorité d’entre nous, qui lisons cette *Revue*, avons déjà été assis au chevet de malades. Avons déjà pleuré. Mais s’asseoir et pleurer n’ont jamais été les bonnes réactions au VIH et au sida. Bientôt l’épidémie atteignit bien au delà des populations d’hommes gais de l’Amérique du Nord, de l’Europe et de l’Australasie. Elle s’est vite étendue à tous les coins du monde. Des réactions s’élevèrent contre des préceptes religieux, contre la pauvreté, contre l’ignorance. L’épidémie a été mesurée en statistiques. Soixante millions d’individus infectés par le virus. Plus de 35% sont décédés de conditions associées au sida. Plus de 90% des personnes séropositives du monde recensées dans des pays en

développement, et plus de 95% des décès du sida. À l'échelle mondiale, 75% des cas d'infections découlent de rapports hétérosexuels.¹

Ceux d'entre nous qui étaient réellement au courant du VIH et du sida savaient qu'il s'agissait de plus que de statistiques et de tableaux – qu'il s'agissait d'être humains, vivants et mourants. Depuis maintenant 20 ans, qu'avons-nous donc appris? Quels ont été nos réussites et nos échecs?

Nous avons appris qu'en dépit de l'inventivité humaine, la science ne peut pas être secouée pour fournir sur commande un remède instantané, même devant une telle maladie mortelle – ni pour créer subitement un vaccin qui protégerait la génération suivante. Avant l'avènement du VIH/sida, la plupart d'entre nous, dans les pays industrialisés, nous trouvions bien intelligents – l'humain avait finalement vaincu la maladie. Ce n'était qu'une question de temps avant que la grande promesse du droit humain à la santé, exprimée en 1948 dans la *Déclaration universelle des droits de l'homme*, devienne réalité pour les milliards d'humains. Le cancer serait vaincu. La maladie coronarienne serait surmontée. Puis tout à coup, au beau milieu de nos excès d'orgueil, nous avons été confrontés à un ennemi nouveau et apparemment invincible. Et, comme bien d'autres avant lui, ce virus ennemi utilisait les voies du plaisir humain, en particulier les relations sexuelles, pour étendre sa terrifiante présence.

Depuis quelques années, avec les thérapies antirétrovirales, nous semblions à nouveau en voie d'inventer des médicaments qui garderaient sous contrôle (du moins dans les pays riches) les pires attaques de l'infection à VIH. Le remède qui en débarrasserait le corps pour de bon semble pourtant aussi lointain que jamais. Les tentatives de découvrir, de mettre à l'essai et éventuellement de distribuer un vaccin sécuritaire et universel nous laissent attendre trop longtemps. Les énormes profits qu'apporteraient de telles découvertes ne suffisent pas à mobiliser l'action à temps pour sauver les millions de personnes touchées. Dans la plupart des pays, les pires ravages continuent parce que les médicaments dont nous connaissons les effets positifs sur la vie et sur la qualité de vie sont encore non disponibles, inabordables.

Nous sommes donc rappelés à l'humilité par nos limites intellectuelles. Mais nous avons vu à quel point il est plus facile de mobiliser le monde pour lutter contre d'autres affronts à l'humanité que pour s'attaquer à ce virus. Dans le sillage des événements du 11 septembre 2002, un énorme regain de pouvoir, de détermination et de puissance

militaire a été mobilisé pour affronter l'ennemi nommé terrorisme. Combien d'entre nous ne se sont pas demandé ce qu'il aurait pu se produire si seulement la même détermination avait été mobilisée contre le VIH? Que se serait-il produit si, en 1981, le président Reagan avait consacré d'urgence les mêmes réserves d'énergie et d'entreprise contre le VIH? Tristement, nous nous souvenons que pendant son premier mandat de président des États-Unis, le grand communicateur n'a su se résoudre à faire sortir de ses lèvres magiques ce minuscule acronyme, « s.i.d.a. ». Des centaines de milliers de ses concitoyens, et des millions d'autres humains, ailleurs, sont devenus infectés pendant son inattention silencieuse.

À l'autre bout du monde, en Australie, nous avons eu le miracle de la chance. Le ministre de la Santé, le Dr Neal Blewett, était tout le contraire de Ronald Reagan. Un érudit de la science politique, cérébral, ami de nombreux gais, sensible, intensément conscient des ravages que causait le sida, il a amorcé une odyssée politique remarquable. Dans un pays où l'on joue dur dans l'arène politique, il a fait appel au porte-parole de l'Opposition en matière de santé, le Dr Peter Baume. Par chance, ce dernier était un expert en santé publique. Ensemble, ils ont conçu une stratégie en amont du courant. Des choses remarquables ont été réalisées. Un programme massif pour l'éducation du public. Une promotion nationale du recours au condom. Des virages pour décriminaliser le travail du sexe. L'abolition des lois anti-sodomie. Un vaste programme de soins de santé publics pour les personnes atteintes de l'infection. Des programmes d'éducation scolaire pertinente. Même des arrangements pour que les pharmacies de banlieue fasse l'échange de seringues.

Lorsque la courbe du nombre d'infections en Australie a baissé et est demeurée (en comparaison avec le reste du monde) très basse, alors que d'autres pays voyaient augmenter l'apeurant fardeau, nous avons appris autre chose : la politique compte. Le leadership est important. Les interventions éclairées ont des effets sur les taux d'infection et de décès. Des gestes de bravoure adéquats peuvent avoir d'immenses conséquences.

Comment pouvions-nous transmettre ces leçons aux autres pays? Comment le faire dans des pays où les opposants religieux interdisaient la mention des condoms ou des rapports sexuels anaux? Où des impératifs politiques interdisaient l'échange de seringues? Nous avons appris, depuis vingt ans, la difficulté de faire ce qui est bien et ce qui est urgent. Dans le vrai monde de la politique, agir bravement est souvent difficile. Mais le plus difficile est

de savoir ce qui doit être fait tout en étant incapable de le faire à cause de l'ignorance, de l'hypocrisie et de la pensée dogmatique.

Nous avons appris comment la machinerie mondiale des Nations Unies peut apporter des connaissances sur cette épidémie dans une seule salle de réunion internationale. Nous pouvons examiner les modèles statistiques. Nous pouvons constater la dévastation que cause le VIH en Afrique subsaharienne. En Amérique latine. Et à présent, en Inde où le virus atteint les centres à très forte population du sous-continent. Nous pouvons voir l'ampleur de la pandémie et observer en même temps l'indifférence de plusieurs devant la situation de lointains villages africains. L'expression « solidarité humaine » sonne bien. Ce sont de beaux mots à lancer dans une conférence mondiale. Mais, dans la pratique, voilà tout ce qu'ils sont habituellement. Des mots. Mobiliser les citoyens ordinaires pour qu'ils sentent une empathie qui les rapprochent des hommes, femmes et enfants infectés dans des pays lointains est une énorme tâche.

C'est pourtant une tâche essentielle pour que les politiciens soient poussés à octroyer l'argent nécessaire à la recherche, à l'éducation, à la promotion, à l'achat de médicaments. Le coût des médicaments, qui peuvent faire une telle différence dans des vies ordinaires, est encore bien au delà du portefeuille de la plupart des personnes qui vivent avec le VIH, en Afrique, en Amérique latine et en Asie. Songer que la disponibilité de médicaments qui peuvent faire une telle différence puisse dépendre d'un facteur de hasard – le lieu de naissance d'une personne – est tout simplement scandaleux. C'est pourtant le cas.

En vingt ans, nous avons appris la force et l'utilité des organismes non gouvernementaux. Ils se sont mobilisés pour soutenir les malades et les mourants. Ils ont organisé des réunions, frappé sur des tables pour attirer l'attention sur la situation critique des personnes infectées, de leurs proches, des orphelins, des personnes vulnérables.

Jusqu'à un certain point, l'épidémie du VIH a réveillé des personnes qui étaient jadis tranquilles. Qui se tenaient tranquilles à propos de leur usage de drogue par injection. Tranquilles à propos de leur travail dans le commerce du sexe. À propos de leur homosexualité. Car, sans détour, nous avons appris que le silence sur ces sujets (et d'autres), c'est la mort. Un individu, seul, peut faire relativement peu de choses. Mais en groupes, en associations, dans des conférences et par la voix des médias, ils peuvent lancer de puissants messages à un auditoire planétaire. Ils peuvent manifester pour faire valoir le droit humain

d'avoir accès à des médicaments. Ils peuvent insister sur le droit des malades d'avoir un logement. Ils peuvent aussi confronter ceux qui articulent de pieuses doctrines mais qui se montrent indifférents au sort de leurs congénères.

La liberté se mesure à la force de la société civile. L'épidémie du VIH a donné naissance à de fortes organisations de citoyens qui prennent la parole pour faire valoir les besoins et intérêts des personnes touchées et des autres qui sont vulnérables. Dans mon cas, c'est de voir tant de mes amis succomber au sida qui m'a poussé à être honnête à propos de ma sexualité. Quel fait banal, insignifiant; et pourtant, avant ce temps, un secret sombre et tenu en profondeur. Et mon partenaire de trois décennies, Johan, travaille à présent comme bénévole pour aider des personnes vivant avec le VIH à vivre pleinement. Il est un des innombrables milliers, autour du monde – familles et amis – qui se sont ralliés de manière concrète. En vingt ans, nous avons appris la puissance de l'amour humain. Nous avons appris comment l'amour peut parfois être à la hauteur des circonstances d'une crise, et faire une différence.

Par dessus tout, nous avons acquis des connaissances au sujet des personnes vivant avec le VIH/sida et de leurs maladies. Nous avons appris des choses sur leur peur. Sur leur colère. Nous avons découvert leur résistance et leur détermination. Les hauts et les bas de leurs traitements. Leur dignité, leur préoccupation pour autrui et non seulement pour eux-mêmes. Les voir, être témoin de leur douleur, a un effet mobilisateur sur nous et nous pousse à continuer cette lutte à leurs côtés.

Dans les 20 prochaines années, vaincrons-nous le sida? Sera-t-il relégué à une note de bas de page, dans l'histoire des épidémies? Sera-t-il passé, comme la grande peste, la peste noire, la syphilis et d'autres maladies qui ont fait des ravages dans le genre humain puis qui sont disparues? Le sida deviendra-t-il plutôt un cas comme le diabète? Contrôlé chez ceux et celles qui ont accès aux médicaments et mortel pour les autres? Le Projet du génome humain conduira-t-il à des solutions contre le VIH et le sida? Dans 20 ans, aurons-nous le vaccin que Robert Gallo croyait que nous aurions déjà aujourd'hui? Est-ce que l'humanité entière verra cette épidémie telle qu'elle est – un danger pour nous tous et toutes? Est-ce que la moralisation et le lançage de pierre auront cessé et auront été remplacé par des actions fortes, mues par l'amour pour nos sœurs et frères humains? Est-ce que les pays riches considéreront que les Africains et Africaines infectés sont aussi leurs frères et leurs sœurs?

Ces pensées me sont passées par l'esprit en janvier 2002. Avec le juge sud-africain séropositif Edwin Cameron, j'étais en Inde. Non loin de Bangalore, nous étions assis sur le plancher de terre d'un minuscule établissement pour des personnes vivant avec le VIH. Autour de nous, environ 40 enfants. Plusieurs orphelins. Tous séropositifs. En Inde, le problème n'est pas une montée nouvelle des taux d'infection parmi les jeunes – une nouvelle génération qui a besoin que l'on renouvelle l'éducation essentielle. En Inde, on est dans la première vague de l'épidémie – et, tristement, elle est accompagnée d'une indifférence politique répandue, de rejet social, de silence des médias, d'ignorance chez les professionnels, d'obstacles légaux et, trop souvent, de honte.

En somme, nous avons beaucoup appris, en 20 ans. Mais nos leçons doivent constamment être renouvelées. À certains endroits, les premières leçons sont encore à apprendre. Le droit et les politiques sociales ne seront jamais tout à fait les mêmes, après l'épidémie du VIH. L'Australie et quelques autres pays ont montré que le droit peut jouer un rôle affirmatif et bénéfique dans la lutte contre le VIH/sida. Les politiciens peuvent bel et bien sauver des vies. Les avocats peuvent les y aider. Nouvelle renversante, mais bien vraie.

L'histoire complète de cette épidémie finira un jour par être écrite. Lorsque ce sera le cas, cette *Revue* et ceux qui y travaillent seront reconnus. Jonathan Mann et Peter Piot nous ont enseigné les liens entre les lois sur les droits de la personne et les réactions efficaces contre ce virus. La *Revue* contribue à transposer leurs enseignements paradoxaux, à en faire une réalité concrète par l'explication de réformes du droit qui peuvent être faites. J'espère que la *Revue* continuera son œuvre. Je prie aussi qu'un jour, elle ne soit plus nécessaire. Ce jour n'est pas demain. Ni en vue. Vingt ans, ce n'est rien. Mais, pour nous, qui avons cheminé avec cette épidémie et qui ployons sous son poids, cela semble une éternité.

- Honorable Michael Kirby, AC CMG

Michael Kirby est juge à la Haute cour d'Australie. Il siège à la Commission sur le sida de l'Organisation mondiale de la santé et il a été président du Groupe d'experts de l'ONUSIDA sur le test du VIH et les forces de maintien de la paix de l'ONU.

¹ Les statistiques contenues dans cet éditorial sont tirées de : *Le point sur l'épidémie de VIH/sida – décembre 2001*, Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) / Organisation mondiale de la santé (OMS), 2001 (accessible à www.unaids.org).

DOSSIERS

Stigmatisation et discrimination liées au VIH/sida : l'épidémie continue

Le présent article fait partie d'une série d'articles commandés pour marquer le dixième anniversaire du Réseau juridique canadien VIH/sida. Il porte sur les progrès passés et les orientations futures dans les domaines du droit et des politiques dans le contexte du VIH/sida. Il examine la stigmatisation et la discrimination reliées au VIH/sida, résumant la situation actuelle décrite dans les rapports de nombreux pays. Il examine les dimensions institutionnelles, non institutionnelles et structurelles de la discrimination liée au VIH/sida. Et il expose certains éléments essentiels de la lutte contre la discrimination : la protection juridique; les programmes publics; les programmes en milieu de travail et dans le domaine de la santé; la mobilisation des collectivités; et l'élaboration de stratégies en fonction des déterminants de la santé.

Il y a quinze ans, dans un exposé qu'il présentait à l'Assemblée générale des Nations Unies, Jonathan Mann a décrit trois phases de l'épidémie de sida dans une communauté – l'épidémie silencieuse et imperceptible de l'infection à VIH, l'épidémie de maladies liées au VIH qui apparaissent plus tard, et l'épidémie de stigmatisation et de discrimination qui caractérisent la réaction des gens et de la société face au VIH et au sida.¹ Cette troisième épidémie est le thème de la Campagne mondiale sur le sida de 2002-2003.² Il est opportun d'analyser la situation actuelle et d'envisager des moyens d'aller de l'avant, afin que la Campagne mondiale sur le sida devienne l'impulsion d'actions concrètes et précises relativement à l'épidémie de stigmatisation et de discrimination reliés au VIH/sida.

La situation actuelle

Les preuves de stigmatisation et de discrimination reliées au VIH/sida dans le monde sont de plus en plus nombreuses.³ Dans les cinq dernières années, des études ont fait état de stigmatisation et de discrimination contre des personnes vivant avec le VIH/sida en Australie,⁴ au Burkina Faso,⁵ au Cameroun,⁶ au Canada,⁷ en Côte d'Ivoire,⁸ au Gabon,⁹ au Ghana,¹⁰ en Inde,¹¹ en Russie,¹² en Mauritanie,¹³ aux Pays-Bas,¹⁴ en Nouvelle-Zélande,¹⁵ en Afrique du Sud,¹⁶ en Suisse,¹⁷ en Ouganda,¹⁸ en Ukraine,¹⁹ au Royaume-Uni,²⁰ aux États-Unis²¹ et en Zambie²² – pour ne citer que les rapports qui ont été portés à l'attention de l'auteur. Les nouvelles ne sont pas toutes mauvaises. Dans certaines sociétés, la fréquence des attitudes

négative envers les personnes qui vivent avec le VIH/sida est relativement restreinte,²³ l'appui à des mesures de coercition a décliné²⁴ et la discrimination institutionnalisée envers les personnes qui vivent avec le VIH/sida n'est pas répandue.²⁵ Dans l'ensemble, cependant, d'importants sujets d'inquiétude demeurent.

Premièrement, dans de nombreuses sociétés il existe des formes évidentes et agressives de stigmatisation et de discrimination, y compris de violence, contre les personnes qui vivent avec le VIH/sida. Ailleurs, dans les pays où la panique initiale s'est calmée et où l'information, les politiques et la législation pallient la stigmatisation et la discrimination, les formes déclarées peuvent être remplacées par des formes plus subtiles.

Deuxièmement, la stigmatisation et la discrimination fondées sur la séropositivité ne sont qu'un aspect d'un ensemble de formes connexes de stigmatisation et de discrimination. Les attitudes de stigmatisation et les pratiques discriminatoires envers les femmes, les hommes gais, les utilisateurs de drogue, les travailleurs du sexe, les personnes autochtones, certains groupes ethniques et les prisonniers contribuent fréquemment à renforcer la discrimination envers les personnes vivant avec le VIH/sida. Ces formes

de stigmatisation et de discrimination connexes, souvent enracinées profondément dans les sociétés, sont extrêmement difficiles à modifier.

Troisièmement, plusieurs sociétés protègent mal les personnes qui vivent avec le VIH/sida contre la discrimination dans les soins de santé, l'emploi, le logement, l'éducation, les voyages et les migrations, et autres formes d'activité sociale. Dans les pays où des protections sont prévues, celles-ci ne sont pas toujours appliquées, ou elles sont difficiles à utiliser. Les types d'actions auxquelles les personnes qui vivent avec le VIH/sida ou les membres de populations vulnérables peuvent être soumis comprennent l'administration de tests de VIH sans la connaissance ou le consentement des personnes intéressées, la divulgation de la séropositivité, le défaut de leur donner des soins et des traitements, et les refus relatifs au logement, à l'emploi, à l'assurance, ou aux autorisations de voyager.

Finalement, de nombreuses preuves démontrent que la stigmatisation et la discrimination envers les personnes qui vivent avec le VIH/sida et les populations vulnérables créent les conditions qui favorisent la perpétuation et la propagation de l'épidémie du VIH et des maladies liées au sida.²⁶ Les femmes, les enfants, les hommes gais, les utilisateurs de drogue, les travailleurs du sexe, les prisonniers et autres populations vulnérables sont moins aptes à se protéger contre l'infection à VIH, à cause de normes culturelles, de lois, de politiques ou de pratiques qui les placent en situation de désavantage. Les personnes vulnérables au VIH sont réticentes à subir des tests de VIH, à cause de la stigmatisation associée à l'infection à VIH et de la crainte que leur séropositivité soit divulguée. Les

personnes vivant avec le VIH/sida peuvent renoncer à se faire traiter, à cause des connotations négatives associées au VIH, ou parce qu'elles craignent des préjugés de la part des fournisseurs de soins de santé.

Les déclarations des droits de la personne

La protection contre la discrimination est un droit fondamental de la personne, fondé sur des principes de justice naturelle et enchâssé dans les documents internationaux et régionaux des droits de la personne.²⁷ Ces documents interdisent la discrimination fondée sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, les convictions politiques ou autres, l'origine nationale, ethnique, ou sociale, la propriété, le handicap, la richesse, le lieu de naissance, ou autre statut. La Commission des droits de l'homme des Nations Unies a déclaré que « l'expression "ou autre statut" dans les dispositions anti-discrimination des documents internationaux sur les droits de la personne devait être interprétée de manière à couvrir l'état de santé, y compris le VIH/sida » (résolution 1999/49). Elle a déclaré que « la discrimination fondée sur la séropositivité, réelle ou présumée, est interdite selon les normes existantes relatives aux droits de la personne » (résolution 2001/51).

Les Directives sur le VIH/sida et les droits de la personne, développées par la Deuxième Consultation internationale sur le sida et les droits de l'homme convoquée en 1996 par le Haut Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme et le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida,²⁸ sont conçues de manière à transposer dans la pratique les droits enchâssés dans ces documents. Elles proposent des me-

sures concrètes que peuvent prendre les États pour protéger et promouvoir la santé et les droits des personnes qui vivent avec le VIH/sida et des populations vulnérables. La Commission des Nations Unies sur les droits de l'homme a maintes fois invité les États, les instances onusiennes et d'autres organisations à prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer le respect, la protection et le plein exercice des droits de la personne en relation avec le VIH/sida, tel que l'expliquent les Directives, notamment toutes les mesures nécessaires pour éliminer la stigmatisation et la discrimination à l'endroit des personnes touchées ou affectées par le VIH (résolutions 1999/49 et 2001/51).

À la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida, tenue en juin 2001, les 189 États membres ont adopté une Déclaration d'engagement sur le VIH/sida.²⁹ La Déclaration reconnaît que « la réalisation des droits de l'homme et des libertés fondamentales est un élément essentiel pour réduire la vulnérabilité au VIH/sida » et que « le respect des droits des personnes atteintes du VIH/sida entraîne l'adoption de mesures efficaces ». ³⁰ Les États ont pris l'engagement suivant :

[d]ici à 2003, promulguer, renforcer ou appliquer, selon qu'il conviendra, des lois, règlements et autres mesures afin d'éliminer toute forme de discrimination contre les personnes atteintes du VIH/sida et les membres des groupes vulnérables, et de veiller à ce qu'ils jouissent pleinement de tous leurs droits et libertés fondamentaux, notamment pour leur assurer l'accès à l'éducation, à l'héritage, à l'emploi, aux

soins de santé, aux services sociaux et sanitaires, à la prévention, au soutien et au traitement, à l'information et à la protection juridique, tout en respectant leur intimité et leur confidentialité; et élaborer des stratégies pour lutter contre la stigmatisation et l'exclusion sociale liée à l'épidémie.³¹

Compte tenu de l'effet disproportionné de l'épidémie de VIH sur les femmes et les filles, les États ont pris des engagements additionnels particuliers, pour la protection et la promotion de leurs droits fondamentaux.³² Il est décevant que les États n'aient pas pris d'engagements similaires à l'égard d'autres populations touchées de manière disproportionnée par l'épidémie et la discrimination, comme les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes ou les utilisateurs de drogues par injection. Néanmoins, la volonté unanime de protéger les droits fondamentaux des personnes qui vivent avec le VIH/sida et des populations vulnérables, de même que de donner aux femmes les moyens de se protéger contre l'infection à VIH, est une étape importante.

Les dimensions de la stigmatisation et de la discrimination

La stigmatisation et la discrimination dans la société aggravent et augmentent de plusieurs façons l'effet de l'épidémie de VIH. La *discrimination institutionnelle* s'exerce dans les secteurs où la législation, les règlements, les politiques et les procédures peuvent comprendre des dispositions et des pratiques discriminatoires ou anti-discriminatoires – la santé, l'emploi, le logement, l'éducation, les voyages et la migration.

La *discrimination non institutionnelle* s'exerce dans des domaines qui échappent au ressort direct de la législation, des règlements, des politiques et des procédures – relations entre les personnes, au sein des familles, et au sein des communautés. En tels cas, le comportement de stigmatisation et les actes discriminatoires doivent être abordés par d'autres moyens, comme l'éducation du public et la mobilisation des collectivités. La *discrimination structurelle* se rapporte aux inégalités, dans les secteurs institutionnels et non institutionnels de la société, liées au sexe, à l'identité ethnique, au statut socio-économique, etc. Ces inégalités, qui reflètent la répartition et l'exercice du pouvoir et les ressources au sein de l'économie politique d'une société, compromettent souvent la capacité des gens de protéger leur santé ou de recevoir des soins quand ils sont malades.

La discrimination institutionnelle

Une étude de la législation sur le VIH/sida dans 121 pays a révélé que seulement 17 pour cent des pays avaient adopté des lois particulières pour protéger les personnes qui vivent avec le VIH/sida contre la discrimination dans l'emploi, l'éducation, les sports, le logement, les services publics et d'autres activités sociales.³³ L'étude ne tient cependant pas compte des lois qui ne traitent pas expressément du VIH/sida mais qui ont tout de même été interprétées comme applicables aux personnes vivant avec le VIH/sida (comme les lois qui prévoient des protections pour les personnes handicapées),³⁴ et elle repose sur les déclarations volontaires sur la législation des États membres de l'Organisation mondiale de la santé

(70 des 191 pays n'ont pas répondu).³⁵ Les résultats n'en permettent pas moins de conclure que le travail portant sur la protection des personnes vivant avec le VIH/sida contre la discrimination institutionnelle a à peine commencé, dans de vastes segments de la population mondiale touchée par l'épidémie. Le nombre de pays qui ont légalisé des mesures coercitives obligatoires (comme les tests obligatoires du VIH pour certaines populations plus vulnérables, la participation obligatoire à des programmes de prévention, la quarantaine, l'isolement, ou l'hospitalisation forcée des personnes qui vivent avec le VIH/sida, ou les sanctions pénales imposées aux personnes qui exposent délibérément d'autres personnes au risque de transmission du VIH) est également révélateur.³⁶ Ces mesures augmentent et renforcent la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/sida, et elles ont peu d'effets positifs sur la santé publique.³⁷

La législation anti-discrimination peut être un moyen utile pour repérer et corriger la discrimination occasionnelle et systémique contre les personnes qui vivent avec le VIH/sida.³⁸ Mais elle a des limites. La durée, la complexité et le coût des procédures peuvent, dans les faits sinon dans l'esprit, priver les plaignants individuels de recours.³⁹ Les interprétations restrictives des dispositions anti-discrimination, par des tribunaux et d'autres organismes, peuvent limiter considérablement les motifs de plaintes.⁴⁰ Et les formes de préjugés plus subtiles, comme les commentaires méprisants de collègues de travail ou le refus de traitement dans des établissements de soins, sont difficiles à documenter et à traiter au moyen de lois et de politiques anti-discrimination.⁴¹

La discrimination non institutionnelle

La stigmatisation reliée au VIH se manifeste par des attitudes comme la colère et autres sentiments négatifs envers les personnes qui vivent avec le VIH/sida; la croyance qu'elles sont responsables de leur infection et méritent leur maladie; l'isolement et

Même si seulement une minorité de la population agit d'après ses préjugés, la crainte de la discrimination a un effet profond sur les personnes qui vivent avec le VIH/sida.

l'opprobre; et l'approbation de politiques publiques coercitives, comme la quarantaine, les tests obligatoires du VIH ou la divulgation publique.⁴² Ces attitudes ont été associées à des croyances erronées selon lesquelles le VIH peut être transmis par simple contact,⁴³ de même qu'à des attitudes négatives envers des populations touchées par l'épidémie (les hommes gais, les utilisateurs de drogue, et d'autres groupes).⁴⁴ Même quand des populations se familiarisent avec le VIH et le connaissent mieux, les attitudes de stigmatisation envers les personnes vivant avec le VIH/sida peuvent persister dans une minorité importante de la population.⁴⁵

Même si seulement une minorité de la population agit d'après ses préjugés, la crainte de la discrimination a un effet profond sur les personnes qui vivent avec le VIH/sida. Par exemple, des femmes ne divulguent pas leur séropositivité à leurs partenaires masculins et à leur famille élargie par crainte de subir des mau-

vais traitements et du rejet.⁴⁶ Des populations ethniques identifiables hésitent à appuyer les campagnes d'éducation publique sur le VIH qui s'adressent à elles, parce qu'elles craignent les réactions négatives des autres.⁴⁷ Des gens sont réticents à subir le test du VIH, parce qu'ils craignent la stigmatisation et la discrimination qui s'ensuivraient si leur séropositivité était révélée.⁴⁸

La discrimination structurelle

L'épidémie de VIH expose les inégalités structurelles au sein de la société, particulièrement celles liées au sexe, au statut socio-économique ou à l'identité ethnoculturelle. Par exemple, les femmes sont touchées de manière disproportionnée par l'épidémie, à cause de leur subordination aux hommes dans les sphères domestique, économique et politique de la plupart des sociétés (sinon toutes). Elles sont moins aptes à se protéger contre l'infection par le VIH, elles sont plus susceptibles d'encourir des reproches parce qu'elles sont séropositives, elles supportent une part plus importante du fardeau des soins aux personnes malades et mourantes et elles sont plus susceptibles d'être maltraitées et abandonnées.⁴⁹ De même, les peuples autochtones du Canada sont plus exposés à contracter le VIH, parce que la pauvreté, l'aliénation culturelle et l'exclusion politique ont contribué aux comportements qui, soit directement (injection de drogue, rapports sexuels sans protection), soit indirectement (violence conjugale, abus d'alcool ou de drogue) augmentent le risque d'infection à VIH.⁵⁰

La voie de l'avenir

Les conditions qui favorisent ou permettent la stigmatisation et la discrimination liées au VIH varient d'une

société à l'autre. Les croyances populaires, les normes culturelles, les normes professionnelles, les cadres législatifs varient au gré des sociétés et des pays. Il n'y a donc pas de recette unique pour traiter la stigmatisation et la discrimination liées au VIH. Il y a tout de même certains ingrédients essentiels. Bien que leur dosage puisse varier selon les circonstances d'une société ou d'un pays, chaque ingrédient a un rôle important à jouer dans la lutte contre la stigmatisation et la discrimination.

La protection juridique

La protection juridique contre la discrimination est un élément essentiel de toute stratégie anti-discrimination. La protection juridique comprend non seulement les lois et règlements anti-discrimination, mais également la capacité de les invoquer et de les faire appliquer par les tribunaux, les tribunaux des droits de la personne, les organismes de réglementation professionnelle et d'autres instances. Malgré les lacunes des procédures relatives aux plaintes (dont nous avons déjà parlé), les dispositions anti-discrimination offrent des protections contre les actions arbitraires et énumèrent des motifs de recours contre celles-ci. De plus, les dispositions anti-discrimination incitent les employeurs, les associations professionnelles et autres organismes similaires à élaborer des politiques et des procédures anti-discrimination. Le plus important, sans doute, c'est que les dispositions anti-discrimination créent une structure de droits sur laquelle les communautés et les populations peuvent s'appuyer dans leur mobilisation contre la stigmatisation et la discrimination. Les progrès accomplis, par exemple, par les gais et lesbiennes au Canada et ailleurs, du fait que leurs droits ont été reconnus

dans les domaines de l'emploi, du logement, des régimes de retraite et autres avantages, de l'adoption et de l'état matrimonial, en sont la preuve.

Les organisations peuvent adopter diverses mesures pour évaluer et améliorer la protection juridique contre la discrimination fondée sur le VIH. Le *Protocole pour l'identification de la discrimination contre les personnes vivant avec le VIH*, établi par l'ONUSIDA, peut servir à déterminer si les lois, les règlements, les procédures, ou les usages actuels sont discriminatoires.⁵² Il comprend une grille qui peut être utilisée pour reconnaître 37 formes de discrimination contre les personnes vivant avec le VIH/sida, dans dix domaines de la vie sociale. Les domaines couverts sont les soins de santé; l'emploi; la justice et les procédures judiciaires; l'administration; l'aide sociale; le logement; l'éducation; la reproduction et la vie de famille; l'assurance et autres services financiers; et l'accès à d'autres services et établissements publics. Dans ces domaines, le protocole a pour but de distinguer les pratiques discriminatoires, de même que la discrimination dans les lois, les règlements et les procédures. À ce jour, le protocole a été utilisé en Côte d'Ivoire,⁵³ aux Philippines⁵⁴ et en Suisse;⁵⁵ et il est utilisé dans un projet impliquant la Chine, l'Inde, l'Indonésie, les Philippines, la Thaïlande et le Vietnam.⁵⁶ Le protocole a cependant ses limites.⁵⁷ Il ne mesure pas la quantité ou l'intensité de la discrimination dans un domaine donné. Il n'est pas particulièrement adapté aux situations où la discrimination fondée sur le VIH est activement découragée. Et il ne porte que sur la discrimination institutionnelle. Néanmoins, il représente un important point de départ pour le repérage de dispositions discriminatoires.

La deuxième étape consiste à identifier des protections positives contre la discrimination liée au VIH, à les promouvoir et à les mettre en application. Le suivi de la Déclaration d'engagement des Nations Unies sur le VIH/sida peut être utile à cet égard. Au moins une journée de la session annuelle de l'Assemblée générale des Nations Unies sera consacrée au rapport du Secrétaire général sur les progrès accomplis par les pays dans le respect de leurs engagements.⁵⁸ Dans leur contribution au rapport du Secrétaire général pour l'année 2002, les pays sont priés de déclarer s'ils ont adopté des lois, règlements ou autres procédures pour éliminer toutes les formes de discrimination contre les personnes vivant avec le VIH/sida.⁵⁹ Dans les pays où il existe des organismes de lutte contre le VIH/sida ou d'autres organismes qui ont la capacité et la liberté d'agir dans ce domaine, ceux-ci pourraient profiter de ce mécanisme de déclaration pour évaluer l'état des protections positives instituées dans leur pays (ou en constater l'absence) et pour exercer des pressions en faveur de changements, si nécessaire. Les forums parlementaires, comme ceux qui ont été établis en Afrique, en Amérique Latine, dans les Caraïbes, en Inde et au Royaume-Uni,⁶⁰ pourraient également contribuer à la révision de la législation.

Les programmes publics, les programmes en milieu de travail et de soins

Les programmes publics conçus pour promouvoir un environnement fondé sur le soutien et l'acceptation des personnes vivant avec le VIH/sida devront aborder tous les aspects de la stigmatisation reliée au VIH. Il ne suffit pas de communiquer des informations exactes sur les façons dont

le VIH est – *et n'est pas* – transmissible, bien que ce soit important pour corriger les opinions erronées sur les simples contacts avec les personnes

« En l'absence d'un cadre juridique de base, les efforts contre la stigmatisation, la discrimination et le rejet liés au VIH/sida semblent voués à l'échec. »

– Peter Aggleton⁵¹

qui vivent avec le VIH/sida. Il est également nécessaire de s'attaquer aux reproches et à l'opprobre manifestés envers les personnes qui vivent avec le VIH/sida et les populations marginalisées, et de promouvoir la solidarité à leur endroit.

Les attitudes qui influencent les comportements au sein des communautés influencent également le comportement dans les milieux de travail, de la santé, et d'autres secteurs. Les gens apportent leurs préjugés avec eux où qu'ils aillent. Même après l'adoption de politiques anti-discrimination, des problèmes subsistent en ce qui a trait à la divulgation de la séropositivité, à l'isolement, au refus de services ou d'emploi, et à autres actions semblables dans le domaine de l'emploi et des soins de santé.⁶¹ À mesure que les services aux personnes vivant avec le VIH/sida sont fournis dans un contexte plus généraliste, certains problèmes qui avaient été surmontés dans les premiers stades de l'épidémie (alors que ces services étaient plus spécialisés) peuvent refaire surface.

Ce type de comportement et les points de vue qui le sous-tendent peuvent et doivent être abordés au

moyen de politiques sur l'emploi et les soins de santé, qui en retour doivent s'accompagner de programmes de formation et d'éducation dans les

La mobilisation des collectivités, de concert avec un cadre juridique de base, peut être un moteur de changement efficace.

milieux du travail et de la santé. C'est un processus continu, en partie à cause du roulement de personnel dans ces milieux, en partie parce que les populations touchées par l'épidémie peuvent changer,⁶² et en partie parce que l'adoption de mesures injustifiées pourrait être revendiquée à mesure que l'épidémie progresse.⁶³

La mobilisation des collectivités

Dans leur analyse de la stigmatisation reliée au VIH, Robert Parker et Peter Aggleton ont insisté sur le rôle de la stigmatisation dans le renforcement et la reproduction des inégalités sociales : « La stigmatisation est utilisée par des acteurs sociaux concrets et identifiables pour légitimer leur propre statut de domination au sein des structures d'inégalités sociales existantes » [trad.].⁶⁴ À leur avis, les programmes d'éducation ont à eux seuls peu de chances de modifier cette dynamique. Le pouvoir des populations stigmatisées doit être mis en œuvre par la mobilisation des collectivités contre la stigmatisation et la discrimination. Cela implique de travailler avec les « identités de résistance » générées par les populations stigmatisées en réaction aux « identités de légitimation » utilisées par les

auteurs de la stigmatisation, puis de développer de nouvelles identités qui iront au-delà de ce conflit pour créer une transformation sociale.⁶⁵ Dans le processus, les populations stigmatisées surmontent non seulement le pouvoir de stigmatisation des autres, mais également le pouvoir qu'ont ces attitudes lorsqu'elles sont intériorisées par les personnes qui en sont les victimes.

La mobilisation des collectivités, de concert avec un cadre juridique de base, peut être un moteur de changement efficace. Le succès du Vancouver Area Network of Drug Users et de la Pivot Legal Society, qui ont contrecarré une tentative de fermeture d'un centre de santé pour les utilisateurs de drogue à Vancouver (voir l'article sur le sujet dans la rubrique Nouvelles canadiennes du présent numéro), en est un bon exemple. Le regroupement d'utilisateurs de drogue en un organisme communautaire, associé à la reconnaissance judiciaire de ce groupe comme représentant les utilisateurs de drogue, a contribué à résister à une action discriminatoire. Pareillement, des organismes salvadoriens de défense et promotion des droits pertinents à la lutte contre le VIH ont eu recours au droit constitutionnel et international pour contester une loi de leur pays qui visait à permettre aux employeurs d'imposer le test du VIH aux candidats à l'embauche (voir l'article à ce sujet dans le présent numéro, à la rubrique Le VIH/sida devant les tribunaux – Jurisprudence internationale).

La mobilisation collective permet également à diverses populations de moduler leurs efforts pour réaliser des changements en accord avec les normes, les traditions et les dynamiques de leur culture. Puisque les populations touchées par la stigmatisation et la discrimination liées au

VIH sont diverses, au sein d'une société donnée et dans le monde, cette capacité des collectivités de diriger et de raffiner les efforts de lutte contre la stigmatisation et la discrimination est essentielle.⁶⁶

L'élaboration de stratégies relatives aux déterminants de la santé

Le rôle des inégalités structurelles dans l'économie politique d'une société – particulièrement leur rôle dans la vulnérabilité des populations à la stigmatisation et à la discrimination liées au VIH – implique que les efforts de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH seront incomplets sans une stratégie destinée à analyser et corriger ces inégalités. Il s'agit d'une entreprise difficile et complexe. Plusieurs des déterminants de la santé échappent au domaine de la santé publique et des services de santé.⁶⁷ Néanmoins, comme le soutiennent les personnes qui travaillent à la promotion de la santé depuis des décennies,⁶⁸ ne pas tenir compte de ces déterminants dans n'importe quelle stratégie relative à l'épidémie de VIH, y compris la troisième épidémie, serait un manque extrême de prévoyance. À cet égard, les observations des Nations Unies dans la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, à propos de la réduction de la vulnérabilité, sont tout à fait justes.⁶⁹

Conclusion

Il n'est pas facile d'éliminer les conditions culturelles, institutionnelles et structurelles qui sont à l'origine des attitudes de stigmatisation et d'actions discriminatoires envers les personnes qui vivent avec le VIH/sida et les populations vulnérables. Mais il y a des choses concrètes et précises par lesquelles les collecti-

vités et les gouvernements peuvent empêcher les comportements discriminatoires ou les atténuer. Les États se sont engagés à adopter, à renforcer ou à appliquer des lois, des règlements et d'autres mesures pour éliminer toutes les formes de discrimination contre les personnes vivant avec le VIH/sida et les membres des populations vulnérables, d'ici 2003. Il est crucial qu'ils donnent suite à cet engagement, et il est également crucial que les organisations qui travaillent dans les domaines du VIH/sida, des droits de la personne, du développement et de la santé leur rappellent leur engagement et travaillent avec eux à le réaliser.

- Theodore de Bruyn

Theodore de Bruyn est consultant en matière de politiques sur la santé. Il est l'auteur de *VIH/sida et discrimination : un document de travail*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1998. Il invite les lecteurs à lui transmettre à tdebruyn@cyberus.ca des renseignements et des rapports sur la stigmatisation et la discrimination liées au VIH.

Pour en savoir plus

Parker R. et Aggleton P., *HIV and AIDS-Related Stigma and Discrimination: A Conceptual Framework and Implications for Action*, Rio de Janeiro, Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS/Londres, Thomas Coram Research Unit, 2002.

Malcolm A. et coll., « HIV-related stigmatization and discrimination: its forms and contexts », *Critical Public Health*, 1998, 8(4) : 347-370.

Herek G.M. (éd.), « AIDS and stigma in the United States », *American Behavioral Scientist*, 1999, 42(7) : 1101-1243.

ONUSIDA, *Protocole pour l'identification de la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH*, Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2000 (via www.unaids.org/publications/documents/human/index.html).

Les ressources associées à la Campagne mondiale contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH/sida sont disponibles à www.unaids.org/wac/2002/index.html. Les ressources associées aux droits de l'homme, à l'éthique et au droit sont disponibles à www.unaids.org/publications/documents/human/#ethics.

Les rapports et les fiches d'information sur la discrimination liée au VIH au Canada sont disponibles à www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/discrimination.htm.

Les rapports sur la discrimination liée au VIH dans divers pays sont énumérés aux notes 4 à 22 ci-dessous.

¹ J. Mann. Statement at an informal briefing on AIDS to the 42nd Session of the United Nations General Assembly, 20 octobre 1987, cité dans R. Parker et P. Aggleton, *HIV and AIDS-Related Stigma and Discrimination: A Conceptual Framework and Implications for Action*, Rio de Janeiro, Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS/Londres, Thomas Coram Research Unit, 2002, p. 5.

² Voir www.unaids.org/wac/2002/French/index.html.

³ Pour un exposé général, voir A. Malcolm et coll., « HIV-related stigmatization and discrimination: its forms and contexts », *Critical Public Health*, 1998, 8(4) : 347-370.

⁴ J. Grierson et coll., *HIV Futures 3: Positive Australians on Services, Health and Well-Being*, Melbourne, The Australian Research Centre in Sex, Health and Society, La Trobe University, 2002 (www.latrobe.edu.au/hiv-futures).

⁵ ONUSIDA et Network of African People Living with HIV, *Situation Analysis of Discrimination and Stigmatization against People Living with HIV/AIDS in West and Central Africa*, Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2002 (via www.unaids.org/wac/2002/background.html); E. Chase et coll., *Stigma, HIV/AIDS and Prevention of Mother-to-Child Transmission: A Pilot Study in*

Zambia, India, Ukraine and Burkina Faso, Londres, Fonds des Nations Unies pour l'enfance/Panos Institute, 2001 (www.panos.org.uk/aids/stigma_countries_study.htm).

⁶ ONUSIDA et Network of African People Living with HIV, *supra*, note 5.

⁷ T. de Bruyn, *VIH/sida et discrimination : un document de travail*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1998; S. Matiation, *Discrimination, VIH/sida et communautés autochtones : un document de travail*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 1998; Alliance for South Asian AIDS Prevention, *Discrimination and HIV/AIDS in South Asian Communities: Legal, Ethical and Human Rights Challenges. An Ethnocultural Perspective*, Toronto, Alliance for South Asian AIDS Prevention, 1999; C. Olivier, « La discrimination liée au VIH s'accroît au Nouveau-Brunswick », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 2000, 5(2/3) : 55.

⁸ ONUSIDA et Network of African People Living with HIV, *supra*, note 5.

⁹ *Idem*.

¹⁰ *Idem*.

¹¹ P. Aggleton, *HIV and AIDS-Related Stigmatization*,

Discrimination and Denial: Forms, Contexts and Determinants. Research Studies from Uganda and India, Genève, ONUSIDA, 2000 (via www.unaids.org/publications/documents/human/#ethics); Chase et coll., *supra*, note 5.

¹² Fondation NAMES de Russie, « Discrimination et violation des droits de la personne en Russie », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 5(1) : 29-34.

¹³ ONUSIDA et Network of African People Living with HIV, *supra*, note 5.

¹⁴ A.E.R. Bos et coll., « Public reactions to people with HIV/AIDS in the Netherlands », *AIDS Education and Prevention*, 2001, 13(3) : 219-228.

¹⁵ Le rapport de J. Grierson et coll. sera accessible à www.latrobe.edu.au/hiv-futures; cf. « Friends "culprits" in HIV/AIDS disclosure », *Christchurch Press*, 16 juin 2002.

¹⁶ M. Richter, « Certain legal aspects of AIDS discrimination in South Africa », *AIDS Analysis Africa*, 2002, 12(5) : 12-14; M. Richter, « Aiding intolerance and fear: the nature and extent of AIDS discrimination in South Africa », *Law, Democracy and Development*, 2001, 5(2) : 195-211.

¹⁷ F. Dubois-Arber et coll., « HIV/AIDS institutional

discrimination in Switzerland », *Social Science and Medicine*, 2001, 52 : 1525-1535.

¹⁸ Aggleton, *supra*, note 11.

¹⁹ Chase et coll., *supra*, note 5.

²⁰ Terrence Higgins Trust, *Prejudice, Discrimination and HIV: A Report*, Londres, Terrence Higgins Trust, 2001 (via www.tht.org.uk/policy_discrim.htm).

²¹ G.M. Herek et coll., « HIV-related stigma and knowledge in the United States: prevalence and trends, 1991-1999 », *American Journal of Public Health*, 2002, 92(3) : 371-377; G.M. Herek (éd.), « AIDS and stigma in the United States », *American Behavioral Scientist*, 1999, 42(7) : 1101-1243.

²² Chase et coll., *supra*, note 5.

²³ Bos et coll., *supra*, note 14.

²⁴ Herek et coll., *supra*, note 21.

²⁵ Dubois-Arber et coll., *supra*, note 17.

²⁶ Voir les rapports cités aux notes 4-22 ci-dessus; M.A. Chesney, A.W. Smith, « Critical delays in HIV testing and care », dans Herek (éd.), *supra*, note 21, aux p. 1162-1174.

²⁷ La Déclaration universelle des droits de l'homme (article 2); le Pacte international relatif aux droits civils et politiques; le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux, et culturels; la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes; la Convention sur les droits de l'enfant; la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples; la Convention américaine relative aux droits de l'homme; et la Convention européenne des droits de l'homme.

²⁸ Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, *Directives sur le VIH/sida et les droits de la personne*, New York et Genève, Nations Unies, 1998 (via <http://www.unaids.org/publications/documents/human/index.html>).

²⁹ Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida, *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida*, vingt-sixième session extraordinaire, point 8 (document A/RES/S-26-2) (via www.unaids.org/whatsnew/others/un_special/index.html).

³⁰ *Ibid.*, paragraphe 58.

³¹ *Idem.*

³² *Ibid.*, paragraphes 59-61.

³³ R. D'Amelio et coll., « A global review of legislation on HIV/AIDS: the issue of HIV testing », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2001, 28, 173-179.

³⁴ D. Patterson, « Autres développements », *Revue*

canadienne VIH/sida et droit, 2002, 6(3) : 51.

³⁵ D'Amelio, *supra*, note 33, p. 174.

³⁶ *Ibid.*, p. 175.

³⁷ Parker et Aggleton, *supra*, note 1, p. 22-23.

³⁸ Voir p. ex. L.O. Gostin et coll., « Disability discrimination in America: HIV/AIDS and other health conditions », *Journal of the American Medical Association*, 1999, 281(8) : 745-752.

³⁹ Voir p. ex. J. Cabassi, *Barriers to Access and Effective Use of Anti-Discrimination Remedies for People Living with HIV and HCV*, Australia National Council on AIDS, Hepatitis C and Related Diseases. Occasional Paper No. 1, mai 2001 (via www.ancahd.org/pubs/index.htm#eduhiv).

⁴⁰ Voir p. ex. R. Elliott, « La Cour suprême adopte une définition restrictive de l'expression "handicap" aux termes de la loi anti-discrimination », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 6(3) : 77.

⁴¹ Voir p. ex. Terrence Higgins Trust, *supra*, note 20, p. 3.

⁴² Herek et coll., *supra*, note 21, p. 371.

⁴³ Voir les documents cités dans Herek et coll., *supra*, note 21, p. 376-377, notes 20-24; D.A. Lentine et coll., « HIV-related knowledge and stigma – United States, 2000 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2000, 49(47) : 1062-1064.

⁴⁴ G.M. Herek, J.P. Capitanio, « AIDS stigma and sexual prejudice », dans Herek (éd.), *supra*, note 21, p. 1130-1147; J.P. Capitanio, G.M. Herek, « AIDS-related stigma and attitudes toward injecting drug users among black and white Americans », dans Herek, *supra*, note 21, p. 1148-1161.

⁴⁵ Bos et coll., *supra*, note 14; Herek et coll. (2001), *supra*, note 21.

⁴⁶ S. Maman et coll., *HIV and Partner Violence: Implications for HIV Voluntary Counseling and Testing Programs in Dar es Salaam, Tanzania*, New York, Population Council, 2001 (www.popcouncil.org/pdfs/horizons/vctviolence.pdf).

⁴⁷ Terrence Higgins Trust, *supra*, note 20, p. 11.

⁴⁸ Chesney et Smith, *supra*, note 26, p. 1163-1165.

⁴⁹ Malcolm, *supra*, note 3, p. 357-358. Pour l'analyse d'un cas donné, voir Richter (2001), *supra*, note 16.

⁵⁰ Commission royale sur les peuples autochtones, *Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones*. (vol. 3, « Rassembler nos forces »), Ottawa, Ministère des Approvisionnement et Services, 1996.

⁵¹ Aggleton, *supra*, note 11, p. 36.

⁵² Genève, Programme commun des Nations Unies sur

le VIH/sida, 2000 (via www.unaids.org/publications/documents/human/index.html).

⁵³ M. Caraël, « Rapport de mission Abidjan du 27 novembre au 2 décembre 1994 », Organisation mondiale de la santé/Programme mondial sur le sida, (SEF/TRAVMC2/mg), Genève.

⁵⁴ M. Caraël, « Travel report to Manila and Angeles City, Philippines, September-October 1995 », Organisation mondiale de la santé/Programme mondial sur le sida, (SEF/TRAVMC10/mg), Genève.

⁵⁵ Dubois-Arber et coll., *supra*, note 17.

⁵⁶ J. Thomas et coll., *A Situational Analysis of HIV/AIDS Related Stigma and Discrimination in the Asia Pacific. Progress Report*, School of Health Services, Deakin University, Australie, 2002.

⁵⁷ Dubois-Arber, *supra*, note 17, p. 1533-1534.

⁵⁸ Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, *supra*, note 24, paragraphe 100.

⁵⁹ Nations Unies, *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida: Contribution au Rapport du Secrétaire général* 21 mars 2002.

⁶⁰ D. Patterson, « Initiatives parlementaires pour la lutte contre le VIH/sida », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 6(3) : 49.

⁶¹ Voir, p. ex., Grierson et coll., *supra*, note 4, p. 109-110; Richter, *supra*, note 16.

⁶² Voir, p. ex., Terrence Higgins Trust, *supra*, note 21, p. 5.

⁶³ Voir, p. ex., T. de Bruyn et R. Elliott, « Le test obligatoire du VIH après une exposition professionnelle », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 6(3) : 1, 27-34.

⁶⁴ *Supra*, note 1, p. 14.

⁶⁵ *Ibid.* p. 15-16, 35-36.

⁶⁶ Voir, p. ex., Alliance for South Asian AIDS Prevention, *supra*, note 7; J.R. Busza, « Promoting the positive: responses to stigma and discrimination in Southeast Asia », *AIDS Care*, 2001, 13(4) : 441-456.

⁶⁷ Les ressources canadiennes sur les déterminants de la santé sont accessibles à www.hc-sc.gc.ca/hppb/phdd/approach/index.html.

⁶⁸ Voir p. ex. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé: Une Conférence internationale pour la promotion de la santé*, 17-21 novembre 1986, Ottawa (via www.hc-sc.gc.ca/hppb/phdd/docs/charter/index.html); Association canadienne de santé publique, *Action Statement of Health Promotion in Canada*, Ottawa, Association canadienne de santé publique, 1996 (www.cpha.ca/english/policy/pstaterm/action/cover.htm).

⁶⁹ *Supra*, note 29, aux paragraphes 62-64.

VIH/sida en prison : autres développements

Le Service correctionnel du Canada élargit enfin l'accès au traitement d'entretien à la méthadone dans les établissements correctionnels fédéraux – après avoir été poursuivi en justice par un détenu qui s'était vu refuser cet accès il y a quatre ans. L'importance d'un accès accru à la méthadone en prison est confirmée par de nouvelles études qui démontrent à quel point de l'injection de drogue est prévalente dans ce milieu. L'éducation sur l'hépatite C est également primordiale; de la documentation à ce sujet a récemment été préparée et distribuée à grande échelle. Enfin, au Canada et en Russie, des détenus séropositifs ont dénoncé des violations de leur droit à la vie privée. Ces développements et d'autres sont abordés dans la série d'articles ci-dessous, compilés par Ralf Jürgens, directeur général du Réseau juridique canadien VIH/sida. On peut le joindre à <ralfj@aidslaw.ca>.

Canada – Le système correctionnel fédéral élargit l'accès à la méthadone

Le 30 avril 2002, un juge de la Cour fédérale à Winnipeg entendait la cause d'un détenu qui avait déposé une poursuite contre le gouvernement fédéral, alléguant qu'il avait enfreint la loi et violé ses droits garantis par la *Charte* en refusant de lui fournir un traitement d'entretien à la méthadone (TEM).¹ Deux jours plus tard, le 2 mai 2002, le Service correctionnel du Canada (SCC) élargissait l'accès au TEM dans les prisons fédérales.

L'affaire

Le détenu, Barry Strykiwsky, a affirmé qu'il avait passé la majeure partie de sa vie à faire des vols pour combler son besoin d'héroïne. Il y a quatre ans, il voulait mettre un terme à sa dépendance; il a prié des responsables de sa prison de lui laisser commencer un TEM. Ses médecins l'ont appuyé, mais les responsables de la prison ont rejeté sa demande. Strykiwsky a donc intenté une poursuite contre le gouvernement fédéral, alléguant qu'il avait

enfreint la loi et violé ses droits garantis par la *Charte canadienne des droits et libertés* en lui refusant un traitement qui est accessible aux autres Canadiens. Peu de temps après, Strykiwsky a obtenu l'accès à de la méthadone et les responsables de la prison lui ont demandé de laisser tomber sa poursuite. Le détenu a refusé, en indiquant que sans l'appui d'un tribunal, son accès à de la méthadone pourrait lui être retiré à tout moment.

Contexte

Depuis le début des années 90, plusieurs recommandent l'introduction ou l'expansion du TEM en prison, en tant que stratégie de prévention du VIH/sida qui offre aux personnes opiomanes une option supplémentaire pour éviter d'utiliser et de partager du matériel d'injection.² *L'objectif principal du TEM est d'aider les personnes à cesser de s'injecter, non pas à cesser l'usage de drogue.* La réduction de la dose de méthadone – dans le but ultime d'aider le patient à cesser l'usage de drogue – est un objectif à plus long terme. Les programmes de TEM ont rapidement pris de l'ampleur dans la communauté. Une quantité considéra-

ble de données d'études conclut à leur efficacité pour la réduction des comportements d'injection à risque de transmission du VIH. Les preuves sont aussi claires à l'effet qu'il s'agit du traitement le plus efficace pour les personnes dépendantes de l'héroïne, en termes de réduction de la mortalité, de consommation proprement dite et de criminalité. De plus, le TEM attire et retient davantage d'utilisateurs d'héroïne que n'importe quelle autre forme de traitement. En outre, il existe aussi des preuves que les personnes qui sont en TEM mais qui s'en voient retirées lorsqu'elles entrent en prison recommencent souvent à utiliser des narcotiques, souvent en prison et par voie d'injection. Il a été largement recommandé que ce traitement puisse être poursuivi en prison lorsque la personne le suivait dans la communauté.

L'avènement du VIH/sida soulève des arguments en faveur d'offrir le TEM aux détenus qui ne le recevaient pas avant leur incarcération : en prison, bon nombre d'utilisateurs de drogue par injection continuent d'en consommer et ils sont plus susceptibles de partager du matériel d'injection, ce

qui engendre un risque élevé de transmission du VIH. Comme dans la communauté, la disponibilité du TEM présente un potentiel de réduire l'injection et le partage de seringues en prison.

Depuis le 2 mai 2002, les détenus opiomanes du système correctionnel fédéral sont admissibles au TEM même s'ils ne le suivaient pas avant l'incarcération.

Au Canada, jusqu'au milieu des années 90, la méthadone était rarement prescrite en prison. Ceci a cependant changé, en partie à cause de recommandations incitant les systèmes carcéraux à offrir le TEM et en partie à cause d'actions en justice.³

En septembre 1996, la British Columbia Corrections Branch a adopté une politique de continuer la provision de méthadone aux adultes incarcérés qui suivaient ce traitement dans la communauté avant leur incarcération, devenant le premier système carcéral au Canada à donner un accès uniforme au TEM. Le 1 décembre 1997, le Service correctionnel du Canada (SCC) lui a emboîté le pas. Avant le 2 mai 2002, dans le système fédéral et dans plusieurs systèmes provinciaux (avec des exceptions), les détenus qui suivaient ce traitement avant leur incarcération pouvaient le poursuivre en prison. Cependant, seuls le système provincial de la Colombie-Britannique et le système fédéral, dans des « circonstances exceptionnelles », permettaient à certains détenus de recevoir le TEM

même s'ils ne le suivaient pas avant l'incarcération.

La nouvelle politique

Depuis le 2 mai 2002, les détenus opiomanes du système correctionnel fédéral sont admissibles au TEM même s'ils ne suivaient pas ce traitement avant leur incarcération (et non seulement dans des « circonstances exceptionnelles »).

Le 2 mai, la Directive du Commissaire n° 800 – « Services de santé » (www.csc-scc.gc.ca/text/plcy/cdshtm/800-cdf.shtml) a été mise à jour et publiée; et des « Lignes directrices sur le traitement à la méthadone » (www.csc-scc.gc.ca/text/plcy/cdshtm/800-1-gl_f.shtml) ont été rendues publiques. Le « Bulletin politique n° 127 » (www.csc-scc.gc.ca/text/plcy/cdshtm/b127-800_f.shtml) a également été publié.

D'après les Lignes directrices sur le traitement à la méthadone, les critères suivants seront utilisés pour évaluer l'admissibilité d'un détenu au programme de TEM :

1. Diagnostic de dépendance aux opiacés établi selon le DSM-IV ou antécédents bien documentés de dépendance aux opiacés indiquant un risque élevé de rechute confirmé par un médecin accrédité de l'établissement;
2. Probabilités de succès peu élevées d'un autre traitement en raison d'échecs précédents;
3. Acceptation des conditions du Programme de traitement d'entretien à la méthadone, confirmée par la signature de l'entente de traitement à la méthadone.

Les Lignes directrices affirment aussi (à l'alinéa 4) que

Tous les fournisseurs de services de traitement à la méthadone ont la responsabilité de veiller à ce que leur programme de TEM soit

exécuté de façon sécuritaire et responsable. Ils doivent veiller à maintenir un volume de patients qui correspond à leur capacité d'assumer leurs obligations envers ces derniers.

L'alinéa 5 précise que

Dans la plupart des collectivités, de même qu'au SCC, la demande dépasse présentement la capacité des fournisseurs d'offrir le programme de traitement à la méthadone. C'est pourquoi on doit accorder la priorité aux délinquants qui répondent aux critères énumérés ci-dessus, ainsi qu'aux personnes suivantes :

- Les délinquantes enceintes sous responsabilité fédérale qui ont présentement une dépendance aux opiacés ou qui ont déjà eu une telle dépendance et qui présentent un risque élevé de rechute.
- Les délinquants séropositifs pour le VIH et ayant actuellement une dépendance aux opiacés.
- Les délinquants qui ont été ciblés pour un traitement pour l'hépatite C. Ces délinquants doivent s'abstenir de consommer toute drogue, y compris de l'alcool, pendant une certaine période avant le début du traitement pour l'hépatite C.
- Les délinquants qui ont actuellement une dépendance aux opiacés et qui ont des antécédents récents (trois derniers mois) de surdose d'opiacés constituant un danger de mort, d'endocardite, de septicémie, d'arthrite septique ou de comportement suicidaire directement lié à la dépendance aux opiacés.
- Les délinquants qui ont actuellement une dépendance aux opiacés et qui seront libérés dans les six mois suivants grâce à un plan de libération prévoyant les services d'un fournisseur de traitement à la méthadone dans la collectivité.

Commentaire

Bien que le SCC mérite d'être félicité pour avoir – finalement – élargi l'accès au TEM dans les prisons fédérales, il faut noter qu'encore une fois, son geste arrive plusieurs années après que des experts en aient fait la recommandation,⁴ et encore seulement à l'issue d'une action intentée par un détenu. La recommandation 1 formulée dans *VIH/sida et prisons : rapport final* précisait que :⁵ « Afin de prévenir la propagation ultérieure du VIH et d'autres agents infectieux en prison, et d'offrir de meilleurs soins et traitements aux détenus qui les ont contractés, il est nécessaire que le SCC et les systèmes correctionnels provinciaux [...] adoptent une approche proactive plutôt que réactive, en face des problèmes soulevés par le VIH/sida, l'hépatite, la tuberculose et l'usage de drogue en prison. »⁶ Tristement, six ans plus tard, l'approche réactive domine encore la réponse des systèmes correctionnels au VIH/sida.

Canada – Violation de la vie privée de détenus jugée « flagrante » par le Commissaire à la protection de la vie privée

Le Commissaire à la protection de la vie privée a conclu que le pénitencier de Kingston avait violé le droit à la vie privée de détenus séropositifs. Le 22 mai 2002, George Radwanski a rendu publiques ses conclusions relatives à une plainte déposée en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*, au nom de quatre détenus de cet établissement correctionnel. La HIV & AIDS Legal Clinic (Ontario) a représenté les plaignants dans cette affaire. Jonathan Glenn Betteridge, avocat pour cette

clinique, a préparé le présent article. On peut le joindre à <betterg@lao.on.ca>.

Dans leur plainte, des détenus du pénitencier fédéral de Kingston dénonçaient l'affichage d'une « liste de rendez-vous », dans la prison, le 19 janvier 2001. Cette liste identifiait les détenus par leur nom et mentionnait aussi le spécialiste du VIH qu'ils iraient rencontrer ce jour-là. Des listes de rendez-vous sont affichées non seulement dans les endroits réservés aux employés, mais aussi dans les sections où les détenus sont logés. Celle du 19 janvier identifiait effectivement les détenus comme étant séropositifs – violant ainsi leur droit à la protection des renseignements personnels et posant un risque pour leur sécurité physique.

Le Commissaire de la protection à la vie privée du Canada, M. Radwanski, a noté que le nom du spécialiste du VIH avait été indiqué par erreur, par un employé qui ne savait pas que la divulgation de cette information pouvait révéler des renseignements médicaux personnels à propos des détenus. Néanmoins, le commissaire a jugé que la plainte déposée par les détenus était fondée. Il a rapporté que « la liste des rendez-vous du 19 janvier dévoilait des renseignements personnels de nature particulièrement délicate sur plusieurs détenus, à d'autres personnes qui n'avaient pas à en être informées. Je considère qu'il s'agit d'une violation flagrante du droit de ces détenus à la confidentialité et j'en conclus que leurs droits en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels* ont été brimés. » [trad.]⁷

Fait important, M. Radwanski a également conclu que la pratique actuelle du Service correctionnel du Canada (SCC) consistant à afficher des listes de rendez-vous dans les

rangées de cellules constituait une invasion de la vie privée des détenus nommés, même si leur professionnel de la santé n'est pas identifié. Il a recommandé que le SCC cesse cette pratique et qu'il crée plutôt un système plus sensible aux enjeux de la vie privée, pour les rappels aux détenus.

Russie – Des détenus déposent une poursuite liée à la publication de renseignements médicaux

En mai 2002, des audiences ont commencé dans le cadre d'une action intentée par quatorze détenus contre des médias qui ont publié des détails tirés de leurs dossiers médicaux. En janvier 2002, les détenus s'étaient évadés du camp pénal à sécurité maximale de Novo Ulyanovsk. Ils étaient logés dans une hutte aux limites du site, où les détenus atteints du VIH ou de la tuberculose (du moins, certains d'entre eux) sont tenus en isolement. Plusieurs purgeaient de longues peines pour des motifs graves, tels un meurtre ou un vol qualifié. Après l'évasion des détenus, des médias russes ont présenté des reportages indiquant qu'ils étaient porteurs du VIH et qu'ils représentaient donc un danger pour la société. Le cas d'un des plaignants, qui vit avec la tuberculose et non le VIH, a reçu une fin de non-recevoir. Les autres dossiers sont en instance.⁸

Canada – Instruments novateurs d'éducation sur l'hépatite C en prison

Le projet SHARP (« Surviving Hepatitis C And Risks in Prison ») a été mené par la Société John Howard du grand Moncton, un organisme qui

offre du soutien et des services directs à des hommes en conflit avec la loi ainsi qu'à leurs familles. Des fonds ont été reçus de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique de Santé Canada. Le projet avait pour principal but de développer un ensemble pratique d'instruments éducatifs offrant de l'information aux détenus et à leurs familles à propos de l'hépatite C, afin qu'ils soient en mesure de comprendre l'infection, d'y faire face et de prévenir sa transmission.

Les trois instruments d'éducation – jeu de cartes, affiche et livre de poche – ont été préparés en étroite collaboration avec des détenus et des membres de familles affectées par l'hépatite C. Les détenus ont joué un rôle crucial dans le développement du contenu de tous les instruments ainsi que dans leur conception graphique. Les autres partenaires du projet étaient notamment des comités de détenus, Hepatitis C Moncton, SIDA Moncton, la clinique d'hépatite virale de l'hôpital de Moncton, le Service correctionnel du Canada (SCC), le ministère de la Sécurité publique du Nouveau-Brunswick, le ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick et la Queen Elizabeth II Health Sciences Centre Hepatology Clinic.

Une évaluation officielle du processus et des résultats du projet sera menée après la dissémination à grande échelle des instruments d'éducation. Les conclusions des évaluations préliminaires indiquent un solide appui à la pertinence des instruments pour les publics cibles du projet. Le projet implique une stratégie à facettes multiples, axée sur les besoins des détenus et de leurs familles, tenant compte de divers modes d'ap-

prentissage et niveaux de motivation, et appropriée aux populations peu alphabétisées.

L'objectif initial était de distribuer les instruments dans des milieux correctionnels et communautaires au Nouveau-Brunswick. Des fonds supplémentaires du SCC et de Schering Canada ont permis d'élargir la portée du projet et d'élaborer un plan de dissémination nationale. Au milieu de 2002, environ 22 000 jeux de cartes, 10 000 livres de poche et 5 000 affiches seront distribués à grande échelle dans toutes les prisons fédérales du Canada, les divisions des Sociétés John Howard/Elizabeth Fry, des organismes du domaine de l'hépatite C et des centres de traitement de la dépendance, en plus d'autres organismes qui offrent des services à des personnes très vulnérables à l'hépatite C et à d'autres maladies transmissibles.

Pour faire suite au projet SHARP, la Société John Howard du grand Moncton a reçu des fonds de Santé Canada (pour la période de juin 2002 à mars 2004) afin d'élaborer, mettre en œuvre et évaluer un programme d'éducation par les pairs sur l'hépatite C, à l'intention des détenus, dans les cinq prisons fédérales de la région de l'Atlantique du SCC. Tous les instruments développés dans le cadre du projet SHARP seront intégrés à une stratégie d'éducation et de soutien par les pairs beaucoup plus complète.

Pour plus d'information sur le projet SHARP et/ou pour obtenir copie des instruments d'éducation, contacter la Société John Howard du grand Moncton (tél. : 506-854-3499 ou courriel : <jhsmctn@nbnet.nb.ca>). Tous les instruments sont disponibles en français et en anglais.

Canada – Études récentes confirmant la prévalence de l'injection de drogue en prison

Dans les années 90, un certain nombre d'études ont apporté des preuves de l'ampleur de l'injection de drogue et d'autres formes d'usage de drogue dans les prisons du Canada. Par exemple, une enquête réalisée en 1995 par le Service correctionnel du Canada auprès de 4 500 détenus a révélé qu'un détenu sur dix s'était injecté de drogue dans l'établissement correctionnel fédéral où il était logé au moment de l'enquête.⁹

Des études récentes, présentées à la 11^e Conférence canadienne annuelle sur la recherche sur le VIH/sida et à la Conférence 2002 de l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en sidologie, confirment la prévalence de l'injection de drogue en prison et explorent le rôle du milieu correctionnel dans les comportements à risque pour le VIH chez les personnes qui s'injectent des drogues.

Forster, Bruneau et Zunzunegui ont évalué l'influence de la vie en prison sur le partage de seringues et d'autre matériel parmi les hommes qui s'injectent des drogues.¹⁰ Parmi les 636 participants à l'étude, sélectionnés à partir d'une cohorte d'utilisateurs de drogue par injection de Montréal, les ex-détenus (individus qui ont fait un séjour dans une prison provinciale au cours des six mois précédents) ont signalé un partage de seringues/matériel d'injection considérablement plus prévalent (72,6%, comparativement à 51,%) que parmi les participants n'ayant pas été incarcérés. Les auteurs ont conclu que :

Les établissements correctionnels et les comportements à risque pour les infections transmissibles par voie sanguine sont demeurés en relation constante, dans notre étude. La prison peut au moins être considérée comme un milieu où sont concentrés des utilisateurs de drogue dont le mode de consommation accroît leur risque d'infection. De plus, l'incarcération peut exposer ces individus à un risque plus élevé de contracter le VIH, puisque l'éducation sur les pratiques sécuritaires pour l'injection et les conditions dont elles s'accompagnent ne sont pas réalisables présentement, derrière les barreaux [trad.].¹¹

Une étude de Ramuscak et coll. a examiné l'influence de l'incarcération sur les habitudes d'usage de drogue de détenus masculins dans six centres correctionnels provinciaux de l'Ontario. Les auteurs ont conclu que, malgré les politiques correctionnelles, l'usage de drogue continue en prison. Quatre p. cent des 433 participants s'étaient injecté de la drogue dans l'établissement.¹²

Une troisième étude, menée par Small et coll., a noté que 83,3% des 523 participants à VIDUS (une étude de cohorte parmi des utilisateurs de drogue, qui se déroule depuis 1996 à Vancouver) avaient séjourné dans un établissement correctionnel fédéral ou provincial durant leur vie. De ceux-ci, 27,9% ont affirmé s'être déjà injecté de la drogue pendant leur incarcération. Un total de 161 participants avaient été en détention ou en prison durant les six mois précédant l'entrevue. Parmi ceux-ci, 8,1% s'y étaient injecté de la drogue. Small et coll. ont conclu que « l'usage de drogue en prison est une réalité courante et alarmante pour les utilisateurs de drogue par injection de la Colombie-Britannique. »¹³

Les auteurs ont étudié d'un point de vue qualitatif les méfaits attribuables au fait de s'injecter des drogues dans les prisons de la C.-B. Ils ont mené 30 entrevues en profondeur avec des hommes qui s'injectent des drogues et qui sont familiers avec le milieu correctionnel. Les résultats des entrevues sont les suivants :

- La drogue en prison est un enjeu qui peut causer divers problèmes sociaux et de santé à certains détenus. Les méfaits associés à la dépendance à la drogue sont exacerbés par le milieu correctionnel; des risques uniques de particularités du milieu social des prisons.
- L'accès à des drogues et à des seringues est déterminé en partie par la possession d'objets qui servent de monnaie d'échange dans l'économie clandestine des prisons.
- Le statut social au sein de la culture carcérale influence aussi l'accès à des drogues. Les liens sociaux prennent souvent la forme de « cliques » composées d'individus qui peuvent collaborer pour se procurer et consommer des drogues. Les individus en détention préventive sont stigmatisés et rejetés par les autres détenus, qui les considèrent comme des délateurs.
- La rareté des seringues et la valeur gonflée des drogues ont des conséquences négatives sur les détenus aux prises avec une dépendance. Elles peuvent pousser ces individus vers un système de « dettes de drogue », puisque les opportunités de générer un revenu sont rares.
- Le contexte social particulier du milieu correctionnel pose des dangers pour les utilisateurs de drogue, vu la rareté des seringues, le prix gonflé des drogues, les ressources limitées, la coercition et la violence physique.¹⁴

Enfin, une étude présentée lors de la conférence de l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en sidologie à Vancouver, en avril 2002, a révélé que 70% des 97 détenues inter-

La rareté des seringues, le prix gonflé des drogues, les ressources limitées, la coercition et la violence physique ont source de danger pour les détenus utilisateurs de drogue.

viewées au British Columbia Correctional Centre for Women s'injectaient de la drogue avant leur incarcération et que 21% d'entre elles continuaient de le faire en prison. Quatre-vingt-deux p. cent de celles qui ont affirmé qu'elle s'injectaient de la drogue ont aussi dit partager des seringues avec d'autres détenues. À la conférence, la Dr Ruth Martin, médecin dans cet établissement et co-auteur de l'étude, a souligné que « le temps est venu pour les prisons canadiennes de distribuer des seringues aux détenus, parce que l'usage de drogue en prison est une réalité ». ¹⁵ Le Dr Perry Kendall, médecin hygiéniste en chef de la province, a réagi en demandant qu'un projet pilote de distribution de seringues soit amorcé dans l'établissement où l'étude s'est déroulée; il dit continuer « de penser que nous avons une obligation éthique de travailler sur ce dossier ». ¹⁶ La Dre Martin a confirmé que son établissement serait « un bon endroit pour mener un projet pilote », mais elle a signalé que bien qu'elle ait discuté des conclusions de l'étude avec des responsables de prisons provinciales et fédérales, l'année dernière, « personne n'a encore agi ». ¹⁷

Vaccins anti-VIH – Les défis actuels et la voie du progrès

de la page 1

Le développement de vaccins anti-VIH est nécessaire parce que la crise mondiale du sida n'est encore qu'à ses débuts. Le coût humain et économique de l'épidémie actuelle du sida est déjà énorme. Cependant, ce coût sera éventuellement dépassé par celui de l'épidémie prochaine, en particulier si l'action est insuffisante ou inadéquate, dans le monde. Les pertes imminentes dues au VIH/sida peuvent se mesurer en perte d'activité économique, en perte de travailleurs et de leaders, ou en pertes de vies humaines, mais la somme de n'importe lesquels de ces critères de mesure met en relief le besoin d'actions plus intensives. Quel que soit le critère, l'ensemble des efforts actuels contre le sida, y compris au chapitre de la recherche de nouveaux traitements, de vaccins et de microbicides, ne suffit pas.

Un but central du développement de vaccins anti-VIH est d'ajouter un instrument sécuritaire, efficace, abordable et accessible à grande échelle, à la panoplie des efforts mondiaux de prévention et de traitement du VIH. À proprement parler, les efforts de recherche et de développement de vaccins anti-VIH, ainsi que l'éventuel accès à ces vaccins, sont intimement liés aux programmes de santé publique, de développement économique et des droits de la personne. À l'instar de n'importe quel vaccin, un vaccin anti-VIH n'aura un impact majeur qu'aux endroits où l'on a accès à de l'information sur la santé et à des soins de santé. Plusieurs individus et communautés ne bénéficieront de vaccins anti-VIH que lorsqu'ils auront accès à des intervenants en matière de santé, en qui ils auront confiance et qui ad-

ministreraient ces vaccins. Le succès du développement de vaccins anti-VIH est donc lié à la réussite des efforts actuels pour assurer un accès mondial à la santé, notamment les efforts fondés sur les droits humains fondamentaux qui sont établis dans les traités et déclarations internationaux et

Un but central du développement de vaccins anti-VIH est d'ajouter un instrument sécuritaire, efficace, abordable et accessible à grande échelle, dans les efforts mondiaux de prévention et de traitement du VIH.

régionaux.¹ La réalisation des obligations découlant des droits de la personne, au chapitre de la santé publique, est une dimension centrale du programme pour la promotion d'un vaccin anti-VIH.

Le développement d'un vaccin anti-VIH – Une obligation internationale sanitaire, éthique et juridique

Un cadre fondé sur les droits place le développement et l'accessibilité de vaccins anti-VIH dans le contexte du droit international, qui définit les obligations des États et des intervenants non gouvernementaux de favoriser la santé publique. Simplement dit : les progrès de la technologie contre des maladies majeures comme le VIH,

¹ « Heroin addicted prisoner says denial of methadone a charter violation », CBC news, 30 avril 2002 (<www.cbc.ca/stories/2002/04/30/methadone_020430>).

² Voir R. Jürgens, *VIH/sida et prisons : rapport final*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1996, p. 71-80, 117-118 (www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons.htm).

³ Voir D. Kloeze, « Poursuite d'un détenu contre le SCC », dans « Le VIH/sida en prison : nouveaux développements », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 6(3) : 14-16; R. Jürgens, « Règlement hors cour : un détenu peut commencer la méthadone en prison », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1999, 5(1) : 42; R. Jürgens, « Un juge ordonne un traitement d'entretien à la méthadone en prison », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1996, 3(1) : 18-20; C. McLeod, « Droit au traitement d'entretien à la méthadone en milieu carcéral? »

Bulletin canadien VIH/sida et droit, 1996, 2(4) : 25-26 (tous ces articles sont accessibles à www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/bulletin-tdm.htm#p).

⁴ Voir, par exemple, *Le VIH/sida en milieu carcéral: Rapport final du Comité d'experts sur le SIDA et les prisons*, Ottawa, ministère de l'Approvisionnement et des Services du Canada, 1994, p. 93-94.

⁵ *Supra*, note 2, p. 99.

⁶ *Idem*.

⁷ Lettre de George Radwanski, Commissaire à la protection de la vie privée du Canada, adressée à la HIV & AIDS Legal Clinic (Ontario), en date du 22 mai 2002.

⁸ « Prisoners vs journalists in Russia », *BBC News*, 19 mai 2002 (via http://news.bbc.co.uk).

⁹ Pour un résumé des études menées au Canada et ailleurs, voir : « Comportements à risque élevé derrière les barreaux » (feuillelet d'information #2 de la série sur *Le VIH/sida en prison*), Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2^e édition, 2001 (via www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons.htm).

¹⁰ M. Forster, J. Bruneau, M.V. Zunzunegui, « The role of prison in HIV risk behaviours among injecting drug users », abrégé n°331P, présenté à la 11^e Conférence canadienne annuelle sur la recherche sur le VIH/sida, Winnipeg, 25-28 avril 2002. Également publié dans le *Journal canadien des maladies infectieuses*, 2002, 13(Suppl A).

¹¹ *Idem*.

¹² N. Ramuscak et coll., « How does incarceration affect drug use patterns among male inmates? », abrégé n°330P, présenté à la 11^e Conférence canadienne annuelle sur la recherche sur le VIH/sida, Winnipeg, 25-28 avril 2002. Également publié dans le *Journal canadien des maladies infectieuses*, 2002, 13(Suppl A).

¹³ W. Small et coll., « Incarceration and addiction: Criminal vulnerability, HIV risk and injection drug use in the corrections system », abrégé n°433P, présenté à la 11^e Conférence canadienne annuelle sur la recherche sur le VIH/sida, Winnipeg, 25-28 avril 2002. Également publié dans le *Journal canadien des maladies infectieuses*, 2002, 13(Suppl A).

¹⁴ *Idem*.

¹⁵ G. Bohn, « Give prisoners free needles: health official », *Vancouver Sun*, 16 avril 2002.

¹⁶ *Idem*.

¹⁷ *Idem*.

vaccins et traitements compris, sont un droit de la personne et une obligation. De plus, l'obligation relative au développement de vaccins anti-VIH est égale aux autres droits humains fondamentaux liés à la recherche, y compris le droit à la liberté individuelle et à la sécurité de la personne, de même que le droit au consentement éclairé de l'individu à participer à la recherche biomédicale; elle est aussi compatible avec ces droits.

Obligations à l'égard de la santé publique

De fermes obligations à l'égard de la santé publique touchent au développement de vaccins anti-VIH, découlant de la nécessité de la santé mondiale, du potentiel de santé publique ainsi que de la faisabilité sur le plan scientifique. D'éventuels vaccins efficaces contre le VIH, s'ils étaient administrés en combinaison avec des soins de santé élémentaires ainsi que d'autres mesures de prévention et de traitement du VIH, pourraient aider des millions d'individus à éviter de contracter l'infection à VIH ou de développer un sida. La faisabilité du développement de vaccins efficaces contre le VIH est fondée sur des données scientifiques. Plusieurs vaccins expérimentaux réussissent à protéger des singes contre l'infection à VIS [virus de l'immuno-déficience simiesque] et plusieurs parviennent à stimuler des réactions immunitaires chez des humains. Pour miser sur ce potentiel scientifique, l'efficacité des principales approches vaccinales pour affronter le VIH doit à présent être évaluée dans des essais cliniques de phase III, afin d'observer quelles réactions immunitaires ils provoquent et quelle protection en découle. Les renseignements qui en résulteront devront ensuite être utilisés pour élaborer de nouvelles générations de vaccins anti-VIH

améliorés. Des efforts de recherche rigoureuse doivent aussi se poursuivre afin d'en découvrir plus sur l'immunologie de base, la virologie ainsi que la dynamique d'une éventuelle protection immunitaire contre le VIH; pour poursuivre aussi l'amélioration des conceptions de vaccins anti-VIH.

Obligations éthiques

Le développement vaccinal contre le VIH est une question de justice et de bien-être mondial. Un vaccin anti-VIH pourrait contribuer à faire cesser la dévastation économique mondiale qu'entraînent le VIH et le sida. Des vaccins anti-VIH sécuritaires, efficaces, peu onéreux et largement accessibles pourraient offrir les plus grands bénéfices relatifs dans les pays et communautés où les ressources sont les plus minces et le taux d'infection à VIH, le plus élevé. Vu leur potentiel de s'attaquer au fardeau déséquilibré du VIH dans le monde, les vaccins anti-VIH pourraient être un instrument de répartition plus juste et équitable de la réaction à l'épidémie. Comme en ce qui concerne les moyens abordables de traitement et de diagnostic, ainsi que l'avènement possible de microbicides vaginaux efficaces, ne pas investir dans le développement et l'éventuelle accessibilité généralisée de vaccins anti-VIH serait contraire à l'éthique.

Obligations légales

Sur le plan légal, les États ont une obligation – découlant des traités et des déclarations conjointes – d'appuyer la recherche sur le sida et l'accès aux fruits de la recherche. Les vastes bases du droit international qui sous-tendent les obligations de s'attaquer aux problèmes économiques, sociaux et sanitaires sont établies dans la *Charte des Nations*

Unies, adoptée en 1945. Dans ce traité, les États membres des Nations Unies ont adopté l'obligation d'« agir, tant conjointement que séparément, » en vue de solutions

Les progrès de la technologie contre des maladies majeures comme le VIH, vaccins et traitements compris, sont un droit de la personne et une obligation.

aux programmes internationaux de santé (article 56).² Les États ont de plus reconnu leurs obligations de fournir l'accès aux technologies de santé publique, en vertu de la *Déclaration universelle des droits de l'homme*, dont l'article 27(1) affirme un droit fondamental « de participer au progrès scientifique et aux bienfaits qui en résultent ». ³ La *Déclaration [de 1975] sur l'utilisation du progrès de la science et de la technique dans l'intérêt de la paix et au profit de l'humanité*⁴ ainsi que le *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels* (PIDÉSC)⁵ affirme aussi l'intention et les obligations des États de coopérer à l'échelle internationale à l'avènement du plein exercice des droits économiques, sociaux et culturels, y compris le droit de bénéficier du progrès technologique.

En juin 2001, les 189 États membres des Nations Unies ont affirmé leur reconnaissance de la nécessité d'une réponse plus appuyée à l'échelle mondiale, contre l'épidémie du VIH/sida, et dans le cadre de cette réaction, la nécessité de la recherche vaccinale, du développement et de l'accessibilité de vaccins; ils ont

négocié et signé une Déclaration d'engagement sur le VIH/sida. Par cette déclaration, les États se sont engagés à « encourager une augmentation des investissements dans la recherche concernant le VIH/sida aux niveaux national, régional et international, en vue notamment de mettre au point des technologies de prévention durables et d'un coût abordable, comme les vaccins et les bactéricides (sic), et promouvoir l'élaboration proactive de plans financiers et logistiques visant à faciliter un accès rapide aux vaccins lorsqu'ils deviendront disponibles » (paragr. 89).⁶

Ces obligations internationales au chapitre de la santé publique et en vertu du droit et de l'éthique devraient pousser les États à agir. Ces engagements donnent en outre un mandat clair aux agences affiliées au système onusien, comme l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la Banque mondiale et l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle, d'aborder la recherche, le développement et l'accès aux vaccins comme une partie intégrante de leur travail en cours.

La voie du progrès

Les gouvernements et les agences internationales, par leur affirmations et actions, doivent travailler au respect de leurs engagements liés à la recherche, au développement et à l'accès aux vaccins. Ils peuvent le faire de quatre manières.

Accroître mondialement la recherche et le développement relatifs aux maladies gens pauvres, y compris les vaccins anti-VIH

Les investissements mondiaux en recherche et développement dans le domaine de la santé, en relation avec

le VIH, la tuberculose, le paludisme (et d'autres maladies tropicales) représentent actuellement moins de 5% de tous les investissements en recherche et développent dans le domaine de la santé, estimés à plus de 70 milliards \$ US par année. Plusieurs leaders mondiaux, notamment des membres de la Commission [internationale] Macroéconomie et Santé (CMS), reconnaissent le besoin que cet investissement soit augmenté. Comme on l'indique dans le rapport de la CMS publié en décembre 2001,

Il faut d'autre part investir de toute urgence dans la quête de nouvelles techniques ou l'amélioration de celles qui existent pour lutter contre les maladies les plus meurtrières. Les récents progrès de la génomique, par exemple, devraient bientôt déboucher sur la mise au point de vaccins contre le paludisme et le VIH/sida et assurer une protection contre la tuberculose pendant toute la vie. ... Les faits donnent à penser que d'importants investissements dans la recherche pourraient avoir des retombées sociales bien supérieures à celles d'aujourd'hui. ... La Commission demande donc un accroissement important du financement de la recherche-développement au niveau mondial sur les maladies qui représentent le plus lourd fardeau pour les déshérités.⁷

Dans le cadre de l'expansion mondiale de la recherche et du développement sur le VIH, la tuberculose, le paludisme et d'autres maladies endémiques dans les pays pauvres, il doit y avoir une expansion soutenue de l'effort pour développer des vaccins anti-VIH. Compte tenu des recoupements entre les programmes de recherche, dans des domaines comme

l'immunologie, la virologie, la recherche comportementale, de même que l'infrastructure et la conception des essais cliniques, des augmentations de financement pour la recherche vaccinale contre le VIH peuvent en grande partie être acquises dans le contexte d'augmentations générales du financement de la recherche sur le sida et d'autres maladies.

Soutien accru et appui aux partenariats pour le développement de vaccins anti-VIH

Le développement vaccinal anti-VIH nécessite des partenariats. Aujourd'hui relativement peu d'entreprises sont engagées dans le processus intensif de l'élaboration et la reconception de concepts vaccinaux contre le VIH. Aucune n'est détentrice de toutes ses technologies liées à cette recherche, et le domaine du développement vaccinal repose grandement sur un tissu complexe d'ententes, de contrats, de licences et de partenariats. Peu d'entreprises ou d'agences gouvernementales ont les ressources, de manière indépendante, pour profiter des nouvelles connaissances qui émanent des sciences fondamentales, pour valider ces concepts dans des études sur des animaux, puis de produire des vaccins de type clinique pour des essais de phase I sur l'innocuité et à plus grande échelle, en phase III, sur des sujets humains. Encore moins sont prêtes à (et capables de) faire le bond d'une production vaccinale à petite échelle en laboratoire, à une production complexe et coûteuse, à grande échelle. La recherche et le développement d'un vaccin typique, de la recherche en laboratoire à l'élargissement du processus et à la construction d'installations de fabrication, peuvent prendre plusieurs années et coûter des centaines de

millions de dollars. Une grande partie de l'expertise mondiale en développement concret et en fabrication de vaccins est concentrée dans quelques sociétés privées, à but lucratif, telles Aventis-Pasteur, Chiron, GlaxoSmithKline, Merck et Wyeth. Ces entreprises sont devant de sérieux coûts d'opportunité et d'autres facteurs économiques négatifs, dans la décision de consacrer des ressources, du personnel et des installations pour le développement vaccinal anti-VIH.

En réponse à ce défi, quelques partenariats internationaux ont été créés entre l'industrie, des gouvernements et la société civile, pour des démarches ciblées. Dans le secteur privé, environ 20 entreprises pharmaceutiques et biotechnologiques contribuent actuellement à l'expertise pour la conception et la fabrication de produits vaccinaux expérimentaux contre le VIH, pour des essais de phase I sur l'innocuité qui sont en cours ou envisagés. L'effort du secteur privé est presque entièrement financé par des programmes nationaux de recherche, comme les US National Institutes of Health (NIH), et par l'Initiative internationale pour un vaccin contre le sida (IAVI) qui est elle-même financée en grande partie par les gouvernements de sept pays. Parmi la société civile, une gamme de leaders communautaires et d'organismes sans but lucratif sont maintenant partenaires des efforts de développement.

Voici quelques exemples de nouveaux partenariats pour le développement d'un vaccin anti-VIH :

- La complétion d'un essai clinique de phase III d'un vaccin gp120 de VaxGen, par le gouvernement de la Thaïlande, en collaboration avec les autorités

municipales de Bangkok et l'Université de Mahidol, et le soutien de l'OMS, de l'ONUSIDA et d'organismes américains et européens de recherche. Le gouvernement thaïlandais, avec du soutien international, planifie à présent un nouvel essai de phase III d'un vaccin combinant un vecteur du canarypox et le gp120, dans huit hôpitaux de district et 67 centres de santé des provinces du sud du pays (Rayong et Chon Buri), dont le début est prévu à la fin de 2002.

- Le développement d'un vaccin déclencheur-catalyseur (*prime-boost*) anti-VIH à vecteur d'ADN du virus de la variole aviaire, par l'Australian HIV Vaccine Consortium, né en 2000 d'une collaboration entre sept établissements universitaires, communautaires, gouvernementaux et privés, et financé par les US NIH.
- Le développement d'un vaccin composé d'une combinaison ADN-MVA, par un partenariat financé par l'IAVI entre des chercheurs de l'Université de Nairobi, de l'Université d'Oxford, de l'Imperial College, deux entreprises – IDT et Cobra Pharmaceuticals – et des partenaires gouvernementaux et de la société civile du Kenya et du Royaume-Uni.
- Le développement d'un vaccin anti-VIH à vecteur VEE [virus de l'encéphalite équine vénézuélienne], basé sur un virus de sous-type C de l'Afrique du Sud, par un partenariat financé par l'IAVI entre la société AlphaVax, l'Université de Cape Town, le National Institute of Virology et le Conseil des recherches médicales de l'Afrique du Sud.

Ces partenariats s'avèrent efficaces à faire avancer de nouveaux vaccins candidats anti-VIH vers des tests cliniques.

Quelques partenariats internationaux ont été créés entre l'industrie, des gouvernements et la société civile, pour des démarches ciblées de développement vaccinal.

Deux facteurs importants du registre des politiques sont cruciaux à la création et au maintien de partenariats pour le développement vaccinal :

- (1) *Engagement et financement gouvernementaux.* À titre d'exemple, le succès de l'IAVI dans la commandite de cinq partenariats dépend en grande partie de l'engagement croissant de cinq gouvernements (Inde, Kenya, Afrique du Sud, Ouganda et Royaume-Uni) en tant que partenaires directs du développement vaccinal, et de sept gouvernements (Canada, Danemark, Irlande, Pays-Bas, Norvège, Royaume-Uni et États-Unis) comme partenaires financiers. Comme second exemple, l'effort des US NIH et des partenariats internationaux de développement de vaccins qu'il subventionne a bénéficié d'un vaste appui de la législature américaine, tant de la Maison blanche que du Congrès des États-Unis, à l'endroit de la recherche biomédicale, ce qui permet aux US NIH d'augmenter le financement de la recherche sur le

VIH/sida à un montant projeté de 2,8 milliards \$ US, en 2003, dont 422 millions pour la recherche et le développement de vaccins anti-VIH.⁸

Examiner, approuver et surveiller des essais cliniques de vaccin anti-VIH sont un défi pour les ressources de réglementation, de coordination et d'expertise technique.

(2) *La base contractuelle des partenariats pour le développement vaccinal.* L'implication d'organes gouvernementaux, de partenaires du privé ainsi que de la société civile, dans le développement vaccinal, se définit en grande partie par des contrats sous-jacents à chaque partenariat. Les ententes de partenariats définissent les ententes de licence et les paramètres du partage des données issues de la recherche ainsi que des inventions. Les contrats de partenariats clarifient aussi les responsabilités de communication et d'éducation publiques sur le développement vaccinal anti-VIH. Une compréhension claire ainsi qu'un appui à l'effort vaccinal anti-VIH, de chaque partenaire (leaders communautaires, responsables d'instances publiques ou professionnels de la santé publique) sous-tendent une grande partie du potentiel de soutien gouvernemental à la recherche vaccinale anti-VIH. La compréhension, l'appui et l'implication du public sont l'élément

clé de l'approbation, de l'amorce et de la supervision des essais cliniques de phase I qui sont en vue. Le développement d'ententes solides pour le développement vaccinal, avant l'amorce d'essais de phase I, contribuera à ce que la recherche en question corresponde au contexte d'ensemble des priorités des droits de la personne, pour la sensibilisation au VIH, la prévention, les traitements ainsi que la fourniture de services de santé.

Capacité réglementaire accrue, dans chaque pays, pour examiner, approuver et surveiller l'éventuels vaccins anti-VIH

Les obligations internationales et nationales relatives au développement vaccinal anti-VIH établissent un impératif d'améliorer dans tous les pays la capacité de réglementation pour évaluer avec plus d'efficacité les médicaments anti-VIH, d'éventuels vaccins et microbicides, ainsi que d'autres interventions médicales. La capacité de réglementation est une manifestation d'efforts nationaux de satisfaire à la fois le droit humain de bénéficier des progrès de la technologie contre la maladie, les droits humains de liberté individuelle, de protection contre les préjudices ainsi que le droit de consentement éclairé à la participation à la recherche médicale.

Des essais cliniques à petite échelle, sur des vaccins anti-VIH, ont déjà été effectués dans huit pays à revenu modeste ou moyen : Brésil, Chine, Cuba, Haïti, Kenya, Thaïlande, Trinidad et Ouganda. Les gouvernements de ces pays ont reconnu l'obligation de développer de nouvelles technologies vaccinales anti-VIH dans le contexte des besoins nationaux et locaux au chapitre de la santé publi-

que. Dans ces pays, toutefois, examiner, approuver et surveiller des essais cliniques de vaccin anti-VIH constituent un défi pour les ressources de réglementation ainsi que de coordination, et l'expertise technique. Les essais cliniques ultérieurs qui sont prévus dans ces pays sont menacés par des retards qui se mesurent en mois ou en années, en raison de systèmes inadéquats pour l'examen et l'approbation réglementaires.

La capacité de réglementation, pour des essais cliniques de vaccin anti-VIH, peut être soutenue de plusieurs manières :

- Développer des plans nationaux, comme ceux préparés par le Brésil, la Thaïlande et l'Ouganda, pour assurer le financement, la coordination et la formation technique en matière d'examen réglementaire;
- élaborer des directives nationales d'éthique et des structures pour l'examen éthique afin de clarifier les processus pour la résolution d'éventuels débats et inquiétudes à ce chapitre, ce qui consolide la capacité de planifier et de surveiller le déroulement d'essais cliniques;
- favoriser les conseils techniques de l'extérieur, comme l'ont fait l'OMS et l'ONUSIDA, pour soutenir les pays dans la tâche d'assurer des décisions nationales informées, un examen réglementaire efficace et complet, et des structures et des normes rigoureuses pour les pratiques de recherche clinique.

Des plans nationaux et des directives éthiques nationales ne sont toujours pas développés, dans la moitié des douze pays à revenu moyen ou modeste où sont prévus des essais cliniques de vaccins anti-VIH pour la

prochaine décennie. Bien que la plupart des pays soient dotés de lois et structures nationales qui requièrent un examen réglementaire de la recherche clinique, plusieurs gouvernements pourraient être incités, par des lois et des initiatives de plaidoyer, à améliorer les ressources financières, la coordination et l'expertise technique consacrées à l'examen réglementaire. D'autres pays ou communautés pourraient adopter des mécanismes officiels pour requérir que les nouveaux essais cliniques soient conçus dans le contexte de l'ensemble des efforts communautaires de santé publique et de prévention du VIH. En outre, l'harmonisation internationale des normes de la recherche biomédicale pourrait être appuyée, afin que les méthodes de recherche, les mesures de protection ainsi que les résultats soient comparables et applicables au delà des frontières nationales.

Assurance de production, d'approvisionnement et d'accès mondial

Les efforts mondiaux pour la santé publique continuent de se heurter à des défis graves et évidents. Le contrôle de l'infection à VIH et du sida échappe encore à la plupart des pays. Les efforts nationaux et internationaux pour assurer l'accès mondial à d'autres vaccins sont difficiles également. D'importantes réussites sont possibles, dans l'éradication mondiale de la polio et dans le contrôle de plusieurs maladies infantiles, mais le progrès vers l'accès universel à des vaccins plus récents, comme ceux contre l'hépatite B ou l'*Haemophilus influenzae* de type-B (Hib), est lent. Bien qu'à travers le monde, 500 millions de doses du triple vaccin très sécuritaire (et introduit depuis plus de 25 ans) contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (le *MMR*) aient été

administrées, des centaines de millions de personnes ont encore sans protection contre ces trois maladies. Dans la plupart des pays, la sensibilisation du public, l'éducation et l'appréciation à l'endroit de la vaccination contre la maladie et contre le VIH demeurent très faibles.

Ce contexte mondial de la fourniture de vaccins et l'ensemble des initiatives de sensibilisation, de prévention et de soins, pour le VIH, sont la base de l'accessibilité potentielle de futurs vaccins anti-VIH. À moins que les systèmes soient améliorés pour la fabrication, la fourniture et l'accessibilité de tous les vaccins, un éventuel vaccin anti-VIH n'aura que peu d'effet contre l'épidémie. Le travail juridique et dans le dossier des politiques passe nécessairement par la promotion des vaccins actuels et d'autres technologies de prévention et de traitement du VIH.

L'IAVI et d'autres intervenants ont identifié plusieurs orientations souhaitables, pour les politiques, afin d'accélérer l'accès mondial aux vaccins; notamment les objectifs suivants :

- la négociation d'ententes sur la propriété intellectuelle, dans le cadre des efforts de développement de vaccins; notamment des mécanismes pour le partage des nouvelles inventions, technologies et données issues de la recherche;
- le soutien pour l'achat et la fourniture de vaccins, par des initiatives internationales comme l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, les gouvernements nationaux ainsi que les marchés de détail;
- l'établissement de crédits d'impôt en fonction des ventes, ou d'autres incitatifs financiers au palier national, pour encourager la fabrication et la vente de vaccins;
- l'abolition des taxes nationales,

des tarifs, des frais d'entreposage et d'autres obstacles commerciaux aux vaccins;

Sans amélioration aux systèmes de fabrication, de fourniture et d'accessibilité de tous les vaccins, un éventuel vaccin anti-VIH n'aura que peu d'effet contre l'épidémie.

- l'appui à des mécanismes mondiaux de détermination de prix différentiels, pour les vaccins et les médicaments essentiels, afin de maximiser l'accès mondial tout en sauvegardant les incitatifs pour le secteur privé;
- l'inclusion des vaccins anti-VIH aux fonds de compensation pour responsabilité en matière de vaccination infantile, et l'expansion de ces fonds pour inclure les vaccins pour les adolescents et les adultes; et
- le développement d'une infrastructure pour la fourniture des nouveaux vaccins, visant à joindre les populations à risque élevé dans le cadre de solides stratégies de santé publique.

La réussite et l'expérience de la promotion des droits et intérêts en matière de traitements contre le sida, en particulier au chapitre de l'accès, sont pertinentes aux vaccins anti-VIH. Les initiatives de plaidoyer pour les traitements anti-VIH ont réussi à influencer les politiques sur des questions comme l'examen public de la recherche, l'accès aux produits expérimentaux ainsi que l'examen réglementaire

national et international de nouveaux produits pour l'homologation. Les militants pour les traitements anti-sida démontrent à présent que l'on peut réussir à utiliser le droit pour imposer et accroître le recours international et national à des mécanismes de fourniture, de demande et d'accès aux médicaments essentiels et aux technologies de la santé. Le travail actuel au chapitre des politiques, notamment l'analyse légale et la promotion et la défense des droits et intérêts, pour rendre accessibles les médicaments anti-sida et pour d'autres maladies, dans les pays les plus pauvres du monde, tout en permettant aux fabricants de récupérer leurs coûts et de satisfaire leurs actionnaires, paveront sans contredit la voie à l'éventuelle détermination des prix et à la distribution de vaccins et microbicides.

Conclusion

Le processus de la recherche, du développement, de la mise à l'épreuve et de l'assurance d'accessibilité de vaccins anti-VIH sera long. La recherche et l'analyse légales ont un rôle vital à jouer pour guider la promotion des droits et intérêts. Les plaidoyers faits dès maintenant, pour la recherche, le développement et l'accessibilité de tous les vaccins dans le contexte des efforts mondiaux pour la santé publique, peuvent augmenter les chances que des vaccins anti-VIH, une fois développés, soient accessibles à ceux qui en ont besoin.

– Sam Avrett et Chris Collins

Sam Avrett est affilié à l'AIDS Vaccine Advocacy Coalition (AVAC) et à d'autres organismes internationaux. On peut le joindre à Savrett@aol.com. Chris Collins est directeur général de l'AVAC et il peut être joint à avac@avac.org.

Autres lectures

Pour une discussion plus complète et d'autre information sur les enjeux soulevés dans le présent article, voir S. Avrett, *HIV Vaccines for Developing Countries: Advancing Research and Access – Background Paper* (Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2002) (www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/vaccines.htm).

Ressources supplémentaires

AIDS Vaccine Advocacy Coalition, *Five Years and Counting: Science, Urgency, and Courage*, New York, AIDS Vaccine Advocacy Coalition, 2002 (www.avac.org).

Collins C, Morin S.F., *The Policy of AIDS Vaccines: Exploring Legislative Options for Advancing AIDS Vaccine Research and Delivery*, San Francisco, AIDS Policy Research Center and Center for AIDS Prevention Studies, AIDS Research Institute, University of California San Francisco, 2001 (<http://hivinsite.ucsf.edu/InSite.jsp?page=kbr-08-01-11&doc=pa-3098.0181>).

Commission Macroéconomie et Santé, *Macroéconomie et santé Investir dans la santé pour le développement économique, Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2001 (www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=cmh&language=french).

Elliott R., *Des ADPIC et des droits – La législation internationale sur les droits de la personne, l'accès aux médicaments et l'interprétation de l'Accord de l'OMC sur les aspects de propriété intellectuelle liés au commerce*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2001 (<http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/sointraitements/ADPIC-somm.htm>).

Conseil international ds ONG de lutte contre le sida, *Développer des vaccins pour prévenir le VIH et le sida : introduction pour les groupes communautaires*, Toronto, ICASO, 2000 (<http://www.icaso.org/vaccines/Vaccine%20Primer%20-%20Web%20-%20F%20-%202002.pdf>).

Madrid Y. et coll., *A New Access Paradigm: Public Sector Actions to Assure Swift, Global Access to AIDS Vaccines*, New York, Initiative internationale pour un vaccin contre le sida, (www.iavi.org/mobilization/whitepapers/1/f.pdf).

Patterson D., « Resolving legal, ethical, and human rights challenges in HIV vaccine research », Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2000 (www.aidslaw.ca/durban2000/e-durban-vacc.htm).

Widdus R. et coll., *AIDS Vaccines for the World: Preparing Now to Assure Access*, New York, Initiative internationale pour un vaccin contre le sida, 2000 (www.iavi.org/pdf/accessblueprint.pdf).

1 D. Patterson, « Resolving legal, ethical, and human rights challenges in HIV vaccine research », Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2000 (www.aids-law.ca/durban2000/e-durban-vacc.htm).

2 Nations Unies, *Charte des Nations Unies*, (www.un.org/french/aboutun/charter.htm), art. 56.

3 Nations Unies, *Déclaration universelle des droits de l'homme*, (www.unhchr.ch/udhr/lang/frn.htm).

4 Nations Unies, *Déclaration [de 1975] sur l'utilisation du progrès de la science et de la technique dans l'intérêt de la paix et au profit de l'humanité* (www.unhchr.ch/french/html/menu3/b/70_fr.htm).

5 Nations Unies, Haut commissariat aux droits de l'homme, *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels* (www.unhchr.ch/french/html/menu3/b/a_cescr_fr.htm).

6 Nations Unies, *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, Session extraordinaire de l'assemblée générale des Nations Unies consacrée au VIH/sida, 25-27 juin 2001*, Département de l'information de l'ONU et ONUSIDA, DPI/2229, août 2001 (via www.unaids.org/UNGASS/index.html).

7 Commission Macroéconomie et santé, *Macroéconomie et santé Investir dans la santé pour le développement économique, Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2001, p. 9 (www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=cmh&language=french).

8 AIDS Vaccine Advocacy Coalition, *Five Years and Counting: Science, Urgency & Courage*, New York, AIDS Vaccine Advocacy Coalition, 2002.

Les vaccins anti-VIH au Canada : questions juridiques et éthiques – un aperçu

En juillet 2002, le Réseau juridique a publié un aperçu des questions juridiques et éthiques liées aux vaccins anti-VIH au Canada.¹ Le document, fondé sur un rapport plus exhaustif préparé en collaboration avec le Centre de bioéthique de l'Institut de recherches cliniques de Montréal,² exhorte à l'élaboration d'un Plan canadien pour un vaccin anti-VIH.

Pourquoi un aperçu des questions juridiques et éthiques liées à d'éventuels vaccins anti-VIH?

Les efforts actuels de prévention – éducation sur le condom, distribution de matériel d'injection stérile, counselling entre pairs, traitement contre la transmission périnatale du VIH, mesures pour la sécurité de l'approvisionnement en sang – ralentissent la propagation du VIH mais ne l'éradiquent pas. Le meilleur espoir à long terme pour contrôler le VIH/sida réside dans le développement et la distribution à grande échelle d'un vaccin préventif qui soit sécuritaire, efficace et abordable.

La recherche pour développer un vaccin préventif contre le VIH s'accélère. D'ici une décennie, des Canadiens seront vraisemblablement impliqués dans des essais cliniques, ici et à l'étranger. De fait, des essais cliniques de vaccin anti-VIH sont déjà amorcés, au Canada. Les essais en cours, l'éventualité que d'autres s'amorcent, de même que l'impact potentiel d'un vaccin anti-VIH sur les programmes de prévention du VIH, soulèvent tous des questions juridiques et éthiques qu'il est nécessaire d'aborder.

À propos du document

L'aperçu résume les principales questions juridiques et éthiques liées au

développement et à l'éventuelle distribution d'un vaccin anti-VIH au Canada. Il s'adresse principalement aux personnes qui travaillent pour des organismes communautaires de lutte contre le VIH/sida. Il s'adresse aussi aux chercheurs impliqués dans la recherche d'un vaccin anti-VIH et aux responsables gouvernementaux du domaine du VIH/sida.

Le document traite de la question des vaccins anti-VIH au Canada, mais plusieurs des questions qu'on y soulève s'appliquent aussi à d'autres pays; certains éléments auront une allure familière pour les personnes qui travaillent dans le domaine des vaccins dans les pays en développement. L'aperçu porte principalement sur d'éventuels vaccins préventifs contre le VIH; cependant, les questions pertinentes à d'éventuels vaccins thérapeutiques sont très similaires.

Que contient l'aperçu?

La partie 1.0 (Introduction) contient des explications sur les vaccins et les essais cliniques; un bref sommaire de l'état actuel de la recherche d'un vaccin anti-VIH dans le monde et au Canada; et une description des essais cliniques d'AIDSVAX® en cours au Canada et dans d'autres pays.

La partie 2.0 (Investir dans le développement d'un vaccin anti-VIH et son éventuelle distribution) aborde la nécessité que le Canada accroisse

son investissement de ressources dans la recherche d'un vaccin anti-VIH et qu'il développe un Plan canadien pour un vaccin anti-VIH.

La partie 3.0 (Les essais cliniques de vaccins anti-VIH) porte sur l'analyse de questions juridiques et éthiques qui se manifestent dans la tenue à grande échelle d'essais cliniques de vaccins anti-VIH sur des humains. La section « Travailler avec les communautés ciblées » décrit comment les gouvernements, les organisateurs d'essai clinique et les communautés peuvent collaborer à assurer que les essais cliniques soient de la meilleure qualité possible. La section sur « Le recrutement » examine quelles communautés devraient participer à des essais cliniques de vaccins anti-VIH et quelle compensation devrait être offerte aux personnes qui y prennent part. La section sur « La démarche de consentement éclairé » examine quelles mesures peuvent être utilisées pour assurer que le consentement des participants soit réellement « éclairé », puis elle décrit l'information qui devrait leur être fournie dans la démarche pour obtenir leur consentement. La section sur « Les obligations envers les participants, pendant et après l'essai clinique » examine quatre obligations particulières : la fourniture de counselling préventif; la fourniture de soins et de traitements aux participants qui deviennent séropositifs au VIH pendant l'essai clinique; le versement d'une compensation à tout participant qui subirait un préjudice dû au vaccin; et la dissémination d'information sur les conclusions de l'essai clinique.

La partie 4.0 (La distribution d'un éventuel vaccin anti-VIH) aborde les questions juridiques et éthiques liées à la distribution d'un produit éventuel et examine la nécessité d'un plan officiel en la matière.

Que conclut-on de l'aperçu?

La conclusion la plus importante, au terme de cet aperçu, est que le Canada a besoin de se doter d'un plan officiel en matière de vaccins anti-VIH. L'aperçu adresse à Santé Canada la recommandation de coordonner et de financer un Plan canadien pour un vaccin anti-VIH, d'ici au 1^{er} octobre 2003. Un tel plan devrait porter à la fois sur le développement de vaccins anti-VIH et sur la distribution d'un éventuel produit. Il devrait être élaboré en consultation avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, des organismes communautaires de lutte contre le VIH/sida, des chercheurs du domaine du VIH et d'autres intervenants pertinents.

L'aperçu conclut par ailleurs que :

- Le Canada devrait accroître considérablement son investissement dans la recherche et le développement d'un vaccin anti-VIH au Canada et sur la scène internationale;
- Toutes les populations où s'observent des taux significatifs d'infection à VIH devraient être impliquées dans les essais cliniques de vaccins candidats sur des humains;
- Les communautés devraient être impliquées dans la conception et la mise en œuvre des essais cliniques de vaccins anti-VIH qui seraient effectués parmi elles;
- Le consentement obtenu à la participation à un essai clinique de vaccin anti-VIH devrait être pleinement éclairé, ce qui signifie que toutes les mesures raisonnables doivent être prises pour assurer que les participants potentiels comprennent la nature ainsi que les risques et avantages potentiels de la participation àudit essai;
- Les organisateurs d'essai clinique doivent fournir un counselling préventif de grande qualité à tous les participants à un essai clinique de vaccin anti-VIH;
- Les organisateurs d'essai clinique doivent assurer que des soins et traitements de grande qualité seront fournis à tout participant qui contractera le VIH au cours de l'essai;
- Le gouvernement fédéral devrait établir un programme d'assurance sans égard à la responsabilité, en cas de préjudice physique lié au produit, couvrant tous les vaccins expérimentaux et les vaccins éventuellement homologués (tant contre le VIH que contre d'autres infections); et
- Les organisateurs d'essai clinique devraient collaborer avec les compagnies d'assurance afin de réduire les risques de discrimination à l'endroit des participants à des essais cliniques de vaccin anti-VIH.

- David Garmaise

L'aperçu, la série de feuillets d'information qui l'accompagne ainsi que le rapport exhaustif sont téléchargeables en version électronique du site Web du Réseau juridique canadien VIH/sida, à <www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/vaccins.htm>. Des lectures complémentaires sont proposées dans l'aperçu et dans le feuillet d'information #8.

David Garmaise, auteur de l'aperçu, est consultant en matière de VIH/sida et éditeur de la section « Nouvelles canadiennes » de la *Revue*. On peut le joindre à <dgarmaise@rogers.com>.

¹ D. Garmaise, *Les vaccins anti-VIH au Canada : questions juridiques et éthiques : un aperçu*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2002 (via www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/vaccins.htm).

² D. Thompson, *HIV/AIDS and Vaccines: Legal and Ethical Issues: A Background Paper*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2002 (via www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/vaccins.htm).

Politiques canadiennes en matière de drogue – La voie du progrès

de la page 1

L'injection de drogue au Canada

L'injection de drogue demeure une préoccupation majeure de santé publique à travers le pays. Ses conséquences néfastes sur le plan social et sur la santé sont graves; elles incluent la transmission de maladies à diffusion hémotogène, la mort par surdose, le chômage, l'incarcération, la violence et le crime.¹ D'après de récents estimés, environ 125 000 Canadiens s'injectent des drogues, et 30% d'entre eux vivent à Toronto, Montréal ou Vancouver.² Du point de vue de la santé de la population, le portrait de la situation des personnes qui s'injectent des drogues est complexe et troublant. Densité des réseaux d'utilisateurs, problèmes de santé mentale, itinérance, marginalisation, pauvreté et chômage sont tous des facteurs qui contribuent à la capacité ou à l'incapacité des utilisateurs de drogue d'avoir recours au dédale des systèmes de soins et de soutien et de modifier les comportements qui les exposent à des risques.³ La santé des personnes qui s'injectent des drogues est compliquée par la discrimination qu'elles rencontrent dans le milieu des soins de la santé ainsi que par leur évitement ou leur recours sporadique aux services de soins élémentaires; ces tendances sont documentées depuis les années 60.⁴

Déjà en 1993, des chercheurs canadiens faisaient la mise en garde qu'une épidémie explosive de VIH se préparait parmi les utilisateurs de

drogue par injection.⁵ En dépit des exhortations à porter immédiatement et sérieusement attention à ce problème, les responsables des politiques et les autorités en matière de santé ne sont pas passés à l'action pour empêcher les méfaits prévus en rapport avec l'injection de drogue.⁶ En conséquence, les vagues de transmission du VIH et de l'hépatite C (VHC) ainsi que de morts par surdose ont atteint des proportions épidémiques dans plusieurs municipalités, depuis 10 ans.⁷ Au Canada, récemment, les utilisateurs de drogue par injection représentaient respectivement 26% et 63% des cas déclarés d'infection à VIH et à VHC.⁸ Les méfaits liés à l'injection de drogue ainsi que les coûts qu'ils engendrent continuent de poser d'énormes défis aux autorités sanitaires, aux forces d'application de la loi ainsi qu'aux responsables des politiques.

Lois et politiques canadiennes sur la drogue : 100 ans de prohibition

Les lois et politiques du Canada, en matière de drogues illicites, sont enracinées dans une longue histoire de prohibition. Les premières lois canadiennes pour le contrôle de la drogue ont été adoptées il y a près de 100 ans. En 1908, la *Loi sur l'opium* est devenue la première politique prohibitionniste du Canada en la matière; puis, en 1929, la *Loi sur l'opium et les drogues narcotiques* a été créée afin de réglementer et de contrôler un plus vaste éventail de substances.⁹ Cette loi, à l'instar de la *Loi sur les*

stupéfiants ainsi que de la *Loi sur les aliments et drogues*, qui lui ont succédé, ont été les principaux instruments de politiques canadiennes anti-drogue jusqu'à l'adoption, en 1997, de la *Loi réglementant certaines drogues et au-*

Déjà en 1993, des chercheurs canadiens l'ont dit : une épidémie explosive de VIH se préparait parmi les utilisateurs de drogue par injection.

tres substances.¹⁰ À chaque nouvelle loi, la liste des substances interdites ou « illicites » s'allonge, tout comme les pouvoirs conférés aux instances fédérales d'application de la loi qui travaillent à « lutter contre le problème de la drogue ». Comme l'a fait remarquer Riley, « la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* ... est fermement ancrée dans la prohibition et, plutôt que de délaisser la vieille rhétorique de la guerre à la drogue, elle étend encore plus le filet de la prohibition. »¹¹ Fidèles aux traditions, la majorité des amendements à cette loi se concentrent sur la réduction de l'approvisionnement, plutôt que sur la réduction de la demande (et des méfaits).

Une approche problématique de la dépendance

Les lois prohibitionnistes du Canada sont la source d'une approche dominante et gravement défailante

vis-à-vis de la dépendance à la drogue. Implicites à cette approche, on observe les notions que toute quantité d'usage de drogue est inacceptable

Une abondance de données indique que, même si l'abstinence est un but valable pour les traitements, elle est inatteignable pendant de longues périodes, pour plusieurs, ou elle peut n'être possible que pour une brève durée.

et que l'abstinence est le seul but valable dans l'encadrement des programmes de traitement. Dans la pratique, cela est cause de discrimination contre les personnes qui continuent de s'injecter de la drogue; cela conduit aussi celles qui demandent des soins à être contraintes à des traitements axés sur l'abstinence; c'est aussi une cause de refus de soins de santé élémentaires et essentiels à ces personnes. On trouve toutefois un corpus établi et croissant de littérature démontrant que la dépendance est une condition chronique et récurrente qui est conditionnée par une multitude de caractéristiques comportementales et sociales.¹² On trouve aussi une abondance de données indiquant que, bien que l'abstinence soit un but valable pour les traitements, elle est inatteignable pendant de longues périodes, pour plusieurs personnes, ou elle peut n'être possible que pour une brève durée.¹³ Pour les personnes incapables de s'en tenir à l'abstinence, il existe quelques traitements de rechange qui ont fait leurs

preuves dans la promotion de la santé et l'aide à la pleine intégration des individus dans la société.¹⁴ Or le défaut d'une personne d'entreprendre ou de continuer un traitement de la toxicomanie ne justifie pas qu'on exerce de la discrimination ou de la coercition à son égard, ni ne devrait conduire à ce qu'on lui refuse des soins de santé élémentaires.

La Stratégie canadienne anti-drogue

De 1987 à 1992, devant la reconnaissance croissante des limites des approches du passé, en matière de prévention fondée sur l'application de lois prohibitives et sur l'éducation, le gouvernement fédéral a versé environ 210 millions \$ pour la création d'une Stratégie canadienne anti-drogue.¹⁵ Cette initiative était conçue pour favoriser une approche équilibrée pour s'attaquer à la demande de drogues illicites et à l'approvisionnement. Une portion importante des fonds allait à l'éducation et à la prévention chez les jeunes d'âge scolaire. En 1992, le fédéral a fusionné la Stratégie canadienne antidrogue et la Stratégie nationale de réduction de la conduite avec facultés affaiblies. Dotée d'un budget quinquennal de 270 millions, la stratégie visait à coordonner les efforts de prévention, de traitement, de réadaptation, de recherche, d'application de la loi ainsi que de contrôle, entre divers ministères fédéraux.¹⁶ En l'absence de compte-rendu des résultats, l'impact des politiques canadiennes antidrogue est flou. Cependant, en dépit d'une emphase sur les programmes scolaires de prévention, le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie a indiqué que l'usage de drogues illicites parmi les jeunes a effectivement augmenté, pendant cette période.¹⁷

La Stratégie canadienne antidrogue a été renouvelée en 1998, avec le but principal de réduire « réduire les méfaits associés à l'alcool et aux autres drogues chez les individus, les familles et les communautés ».¹⁸ Il est affirmé dans la politique : « Parce que l'abus de l'alcool et des autres drogues est d'abord une question de santé plutôt qu'une question d'application de la loi, on est d'avis que la réduction des méfaits qui en résultent constitue une intervention réaliste, pragmatique et humaine par opposition à des efforts ne visant que la réduction de la consommation de drogues. »¹⁹ Le but d'ensemble de la Stratégie et les objectifs préconisés pour l'atteindre passent par un ensemble de volets interdépendants et coordonnés – recherche, prévention, traitement, législation, application de la loi et coopération internationale. La notion de prévention, dans cette stratégie, est beaucoup plus large que tous les autres concepts énoncés dans les politiques antérieures. En adoptant un cadre de travail campé dans la santé des populations, la stratégie vise non seulement à s'attaquer à l'usage de drogue en soi, mais aussi aux grands déterminants de la santé et de l'injection de drogue, comme la marginalisation, les disparités dans l'éducation, dans le revenu ainsi que dans le statut social et économique. Comme par le passé, le leadership et la coordination de la stratégie relèvent de Santé Canada; toutes les autres activités touchant les drogues illicites sont menées par onze ministères fédéraux.²⁰

Les problèmes de l'approche canadienne

Tandis que des pays comme l'Australie, les Pays-Bas, l'Allemagne et la Suisse ont fait d'importants pro-

grès dans la réduction des méfaits liés à la drogue, toutes les données indiquent qu'au Canada, les méfaits liés à l'injection de drogue ont augmenté.²¹ Par exemple, les infections à VIH et à VHC parmi les personnes qui s'injectent des drogues ont atteint des proportions d'épidémie, au Canada, depuis quelques années et, malgré un léger ralentissement de l'incidence, les taux se maintiennent à des niveaux inacceptables par rapport en comparaison avec les autres chiffres nord-américains. Des examens des lois et politiques canadiennes en matière de drogue soulignent de nombreux problèmes inhérents aux approches actuelles de réduction de la demande.²² Avec son emphase excessive sur des lois prohibitionnistes et sur des approches fondées sur l'abstinence, au chapitre du traitement de la toxicomanie, ainsi que son manque de financement, de leadership et de coordination, le Canada accuse un retard sur d'autres pays dans les efforts de réduction des méfaits liés à l'injection de drogue.

Bien que la Stratégie canadienne antidrogue ait été renouvelée en 1998 et mentionnée comme une priorité dans le « livre rouge » des Libéraux fédéraux (le programme électoral du parti élu), des analyses ont conduit à conclure que la Stratégie « a été renouvelée en principe, mais sans financement ».²³ Le rôle principal du Bureau de la Stratégie canadienne antidrogue est d'aider à organiser et à administrer divers comités autour de problèmes d'usage de drogue illécite. Cependant, le Bureau n'a aucun pouvoir de gestion directe ou de réallocation des quelque 500 millions \$ dépensés par des ministères fédéraux dans des dossiers de drogue illécite, pas plus qu'il ne peut parler au nom des ministères qui tentent de réduire l'approvisionnement en drogue ou la

demande.²⁴ Même si la Stratégie était suffisamment financée ou si le Bureau de la Stratégie canadienne antidrogue avait de réels pouvoirs administratifs, il est difficile d'imaginer comment la Stratégie se concrétiserait, puisqu'il s'agit essentiellement d'une stratégie dépourvue de stratégie – une vague expression d'intention, à laquelle il manque une description claire des activités, des cibles et des mesures de résultats. En outre, puisque plusieurs initiatives de santé et d'application de la loi sont administrées par les provinces et territoires, la Stratégie a grand besoin d'une adhésion de ces gouvernements ainsi que d'un énoncé clair quant aux responsabilités connexes.

Données nationales insuffisantes

Un problème de plus est lié au fait qu'il manque de données et d'information d'échelle nationale, au sujet de l'usage de drogues illicites. En l'absence de telles données, les ministères fédéraux sont incapables de produire tout rapport de performance pertinent. De fait, on ne sait toujours pas si les quelque 500 millions dépensés annuellement par les ministères fédéraux ont été bien utilisés. À l'heure actuelle, le gouvernement fédéral est dans l'impossibilité complète d'évaluer le progrès du Canada dans la réduction des méfaits liés à la drogue. Fait ironique, la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* avait été déposée comme un simple « projet de loi de régie interne » en attendant qu'un autre examen des lois et politiques canadiennes sur la drogue puisse être effectué. Cinq ans plus tard, ces examens ne viennent que de commenter, avec un examen de la vérificatrice générale fédérale, la création d'un Comité de la Chambre

des communes sur l'usage non médical de drogues de même que la création d'un Comité sénatorial spécial sur les drogues illicites. En dépit de

Des examens des lois et politiques canadiennes sur la drogue soulignent plusieurs problèmes inhérents aux approches actuelles de réduction de la demande.

bonnes intentions, ces examens et révisions seront considérablement limités par le manque de données et d'information sur le sujet.

Excès d'emphase sur la prohibition

Dans son rapport de 2001, la vérificatrice générale du Canada indiquait que 95% des dépenses du gouvernement fédéral en matière de drogues illicites ont été utilisées pour des initiatives de réduction de l'approvisionnement.²⁵ Le Service correctionnel du Canada et la GRC en utilisent respectivement 33% et 36%.²⁶ La plupart des dépenses du Service correctionnel peuvent être attribuées à l'incarcération. À l'heure actuelle, environ 17% des prisons fédérales sont occupées par des personnes condamnées en vertu de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*.²⁷

La très grande part des dépenses de la GRC en matière de drogues illicites est utilisée pour des opérations complexes et très coûteuses qui visent à réduire le crime organisé et l'approvisionnement en drogues illicites.²⁸ Les données disponibles portent à croire que des activités comme celles que mène la GRC ont

peu d'impact, voire aucun, sur l'approvisionnement en drogues illicites et sur les tendances de l'usage de drogue dans la communauté. Par

Une étude récente a montré que l'intervention policière est un obstacle à l'acquisition de matériel d'injection stérile.

exemple, une étude australienne sur le sujet n'a trouvé aucun signe que les saisies d'héroïne affectaient le prix, la pureté ou la disponibilité d'héroïne.²⁹ De plus, les analyses effectuées par l'Office des Nations Unies pour le contrôle des drogues et la prévention du crime ont conduit à évaluer qu'au plus 5% du trafic mondial de drogue illicite est intercepté par les activités d'application de la loi.³⁰ Pour cette raison, la pureté de l'héroïne a augmenté et les prix ont diminué, depuis le début des années 80,³¹ en dépit de lourdes dépenses pour des efforts d'interdiction de la drogue.³²

Plusieurs experts ont présenté des arguments convaincants pour faire comprendre que l'emphase actuelle sur des lois prohibitionnistes, en matière de drogue, et les pratiques connexes d'application et d'incarcération ont aggravé le problème de l'injection de drogue et du VIH/sida.³³ Il est clairement établi qu'une réaction prohibitionniste produit un marché noir, qui conduit à une augmentation de la violence, de la corruption ainsi que des méfaits aux personnes qui utilisent des drogues et dans l'ensemble de la société. L'impact des approches d'application de la loi et

d'incarcération sur les initiatives de traitement et de prévention du VIH/sida a été démontré par l'expérience. Par exemple, on a constaté que l'incarcération est un prédicteur indépendant de l'infection à VIH et de l'interruption du traitement antirétroviral. En termes de prévention, une étude récente a conduit au constat que l'intervention policière est un obstacle à l'acquisition de matériel d'injection stérile – une observation troublante, puisque l'on a observé par ailleurs que la difficulté d'accès à des seringues est un facteur indépendant qui est associé au partage de ces instruments d'injection.³⁴

Absence d'orientation sur la réduction des méfaits et les déterminants sociaux

Un autre problème touche à l'ampleur et à l'efficacité des activités actuelles de réduction des méfaits liés à l'injection de drogue. Les initiatives actuelles de réduction de la demande ont un impact limité sur les méfaits associés à l'injection et sur les causes connexes. En l'absence de meilleures pratiques clairement établies, les personnes qui reconnaissent l'injection de drogue en tant que problème de santé publique demeurent dans une situation de confusion quant aux manières de concrétiser le but de la stratégie – la réduction des méfaits liés à la drogue. La Stratégie reconnaît que les autorités fédérales ont le rôle de réaliser des essais pilotes pour examiner des approches novatrices de prévention et de traitement, puis de mettre au point des meilleures pratiques. Cependant, plusieurs approches novatrices comme les lieux sécuritaires pour l'injection, l'entretien à l'héroïne et les programmes d'entretien à la méthadone à accès facilité sont utilisées avec succès dans plusieurs pays d'Europe, alors qu'on n'a pas

même commencé leur évaluation au Canada.

D'après la Stratégie, l'un des buts des politiques canadiennes en matière de drogue est d'aborder les grands déterminants de l'usage de drogue ainsi que les méfaits qui s'y associent. Cependant, il semble y avoir eu peu d'efforts coordonnés, voire aucun, pour aborder d'importants déterminants de l'usage de drogue comme la pauvreté, la situation de sans-abri, l'abus à l'enfance ainsi que l'éloignement culturel. Tout changement significatif aux politiques en matière de drogue nécessitera forcément des changements simultanés aux politiques sociales,³⁵ chose qui demandera une grande dose de coopération et de coordination entre plusieurs ministères fédéraux. À moins de telles actions, l'approche canadienne en matière de drogue illícite est vouée à demeurer une approche diachylon.

La voie du progrès

Il est clair que le Canada a besoin de modifier considérablement ses lois et politiques, s'il souhaite réduire les méfaits associés à l'injection de drogue. Un déséquilibre énorme s'observe actuellement dans les efforts du fédéral, puisque 95% des fonds dans le dossier sont drainés par des stratégies de contrôle de l'approvisionnement. Au mieux, ces approches s'avèrent inutiles. Devant les taux actuels d'infection à VIH et à VHC parmi les utilisateurs de drogue par injection, le gouvernement fédéral doit reconnaître qu'il n'est plus acceptable qu'il investisse la majorité de ses ressources dans des stratégies de contrôle de l'approvisionnement. Il est clairement nécessaire de redistribuer les ressources et de préparer d'autres cadres législatifs. Cela nécessitera un virage fondamental et

courageux, délaissant une tradition qui repose de longue date sur le contrôle et le châtement.

D'abord et avant tout, le gouvernement fédéral doit constater et avouer les limites de l'approche prohibitionniste actuelle, prendre des mesures législatives pour décriminaliser l'usage de drogue, puis promouvoir des approches de santé publique pour s'attaquer aux problèmes d'usage de drogues illicites. En faisant ce grand saut, le Canada emboîtera le pas à des pays comme l'Allemagne et la Suisse, qui ont accordé une plus grande priorité aux problèmes liés à l'usage de drogue et qui, en conséquence, ont réussi à réduire considérablement les maladies liées à la drogue, dans leur population, tout en réduisant les coûts de soins de santé, de services sociaux et de l'application de la loi.³⁶

La réduction des méfaits et au delà

Une plus grande attention aux dimensions de santé publique de l'usage de drogue nécessitera une reconnaissance des limites d'une approche axée strictement sur l'abstinence, dans le cadre des traitements de la toxicomanie, de même qu'une volonté d'étendre le continuum des services de manière à inclure explicitement des programmes de réduction des méfaits. Ce continuum devrait inclure un vaste registre de services à critères souples, qui sont un ingrédient vital du succès des politiques et programmes européens en matière de drogue.³⁷ De plus, devant les épidémies en cours de VIH et de VHC ainsi que le nombre de surdoses parmi les personnes qui s'injectent des drogues, il est nécessaire que le gouvernement fédéral amorce de toute urgence des programmes pilotes de lieux sécuritaires pour l'injection, d'entretien à l'héroïne ainsi que d'échange de seringues dans les prisons,

au Canada. Par ailleurs, d'importants investissements et une grande dose de coordination sont nécessaires pour voir aux besoins complexes des utilisateurs actuels de drogue par injection ainsi qu'aux facteurs initiaux qui conduisent à l'injection de drogue. Pour aller au delà des simples approches diachylon, les politiques en matière de drogue doivent aborder les politiques sociales au sens large.

Une orientation plus claire, des cibles déterminées

L'ensemble de ces changements nécessite une augmentation du financement et une intensification du leadership et de la coordination. Une stratégie nationale plus efficace sera nécessaire, pour donner une direction claire à tous les paliers de gouvernements ainsi qu'aux autres intervenants, et pour intégrer des résultats précis à viser. Cette stratégie nécessitera des ententes institutionnelles qui favorisent l'atteinte des buts et elle devra comporter des orientations, pour les programmes, qui soient pragmatiques et efficaces. Elle devra aussi favoriser l'innovation et financer des recherches qui informeront les décisions ultérieures et contribueront à réagir avec plus d'efficacité aux nouvelles tendances.

Conclusion

L'injection de drogue demeure associée à un vaste éventail de graves conséquences sociales et sanitaires, au Canada. Les taux d'infection à VIH et à VHC et d'autres méfaits liés à l'injection de drogue restent à des taux inacceptables. Les politiques nationales canadiennes sont intimement liées à ces problèmes persistants. En dépit d'exhortations à adopter une approche équilibrée pour réduire les méfaits de l'usage de drogue, la méthode du Canada pour réagir aux problèmes de

l'usage de drogue illicite est demeurée prohibitionniste et axée sur l'abstinence. Presque tous les fonds fédéraux sont consacrés à des initiatives de réduction de l'approvisionnement, alors que les approches novatrices de ré-

Déséquilibre énorme des efforts du fédéral : 95% des dépenses sur la drogue illicite sont drainés par des stratégies de contrôle de l'approvisionnement.

duction de la demande ainsi que de réduction des méfaits sont laissées pour compte, sans financement ni mise à l'essai sur le terrain.

Au cœur de ces problèmes, on observe un manque de financement, un manque de leadership et une coordination défailante. Des changements considérables aux politiques et lois sont nécessaires pour réduire de manière significative les méfaits associés à l'injection de drogue au Canada. Ces changements sont notamment l'adoption d'une stratégie complète et intégrée, l'exploration de cadres législatifs différents, la mise à l'essai d'approches novatrices pour la réduction des méfaits liés à l'injection, de même que l'investissement dans de vastes politiques sociales qui s'attaquent aux déterminants de l'injection de drogue.

– Thomas Kerr et Warren O'Briain

Thomas Kerr est candidat au doctorat au département de psychologie éducative, à l'Université de Victoria, et chercheur en santé communautaire à Vancouver. On peut le joindre à tkerr@integrate.bc.ca. Warren O'Briain est directeur du développement communautaire à AIDS Vancouver. On peut le joindre à warreno@parc.org.

¹ International Epidemiology Work Group on Drug Abuse, *Proceedings: June 1999*, National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse, Division of Epidemiology and Preventive Research, 1999, p. 89-95; Santé Canada, *Le VIH et le sida au Canada – Rapport de surveillance au 31 décembre 2000*, Ottawa, Centre de contrôle et de prévention des maladies infectieuses, avril 2002.

² Comité fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada*, Ottawa, le Comité, 2001.

³ S.A. Strathdee et coll., « Social determinants predict needle sharing behaviour among injection drug users in Vancouver, Canada », *Addiction*, 1997, 92(10) : 1339-1347. M.W. Tyndall et coll., « Impact of HIV infection on mortality in a cohort of injection drug users », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2001, 28(4) : 351-357. A.R. Zolopa et coll., « HIV and tuberculosis infection in San Francisco's homeless adults. Prevalence and risk factors in a representative sample », *Journal of the American Medical Association*, 1994, 272(6) : 455-461; Réseau juridique canadien VIH/sida, *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques*, Montréal, le Réseau, 1999.

⁴ A. Palepu et coll., « The social determinants of emergency department and hospital use by injection drug users in Canada », *Journal of Urban Health*, 1999, 76(4) : 409-418 ; C.E. Cherubin, J.D. Sapira, « The medical complications of drug addiction and the medical assessment of the IV drug user: twenty-five years later », *Annals of Internal Medicine*, 1993, 119 : 1017-1028.

⁵ R.S. Remis, D.W. Sutherland, « The epidemiology of HIV and AIDS in Canada: current perspectives and future needs », *Revue canadienne de santé publique*, 1993, 84 : 34-38.

⁶ M.V. O'Shaughnessy et coll., « Deadly public policy », XIe Conférence internationale sur le sida, 1998 (abrégré 44233).

⁷ Comité fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *supra*, note 2; S.A. Strathdee et coll., « Needle exchange is not enough: lessons from the Vancouver injecting drug use study », *AIDS*, 1997, 11(8) : F59-65.

⁸ Santé Canada, *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida – Le VIH/sida parmi les utilisateurs de drogues injectables au Canada*, Ottawa, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, 2001; S. Zou et coll., « Enhanced Surveillance of Acute Hepatitis B and Acute Hepatitis C in Four Health Regions in Canada, 1998-1999 », *Journal canadien des maladies infectieuses*, 2001, 12(5) : 357-363.

⁹ D. Riley, *Drugs and Drug Policy in Canada: A Brief Review and Commentary*, Toronto, Canadian Foundation for Drug Policy, 1998.

¹⁰ Réseau juridique canadien VIH/sida, *supra*, note 3; Riley, *supra*, note 9.

¹¹ Riley, *supra*, note 9, p. 4.

¹² A. Leshner, « Addiction is a brain disease, and it matters », *Science*, 1997, 278(5335) : 45-47.

¹³ P. Kendall, « Harm reduction: pragmatism and compassion », *BC Medical Journal*, 1999, 41(9) : 429-432.

¹⁴ *Idem*.

¹⁵ Vérificatrice générale du Canada, 2001 – *Rapport de la vérificatrice générale du Canada*, chapitre 11 – Les drogues illicites : le rôle du gouvernement fédéral, Ottawa, Bureau du vérificateur général du Canada, 2001 (via www.oag-bvg.gc.ca/domino/rapports.nsf/html/01menu_f.html).

¹⁶ *Idem*.

Lectures choisies

Réseau juridique canadien VIH/sida, *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques*, Montréal, le Réseau, 1999.

Groupe de travail sur le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection, *Le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection : Un plan d'action national*, Ottawa, Centre de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie et Association canadienne de santé publique, 1997.

Riley D., *Drugs and Drug Policy in Canada: A Brief Review and Commentary*, Toronto, Canadian Foundation for Drug Policy, 1998.

Vérificatrice générale du Canada, 2001 – *Rapport de la vérificatrice générale du Canada*, chapitre 11 – Les drogues illicites : le rôle du gouvernement fédéral, Ottawa, Bureau du vérificateur général du Canada, 2001 (via www.oag-bvg.gc.ca/domino/rapports.nsf/html/01menu_f.html).

Oscapella E., *How Canadian Laws and Policies on "Illegal" Drugs Contribute to the Spread of HIV Infection and Hepatitis B and C*, Toronto, Canadian Foundation for Drug Policy, 1995.

Comité fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada*, Ottawa, le Comité, 2001.

Fischer B. et coll., « Injection drug use and preventive measures: a comparison of Canadian and Western European jurisdictions over time », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2000, 162(12) : 1709-1713.

Santé Canada, *La Stratégie canadienne antidrogue*, Ottawa, ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1998.

¹⁷ Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie, *Substance Abuse Policy in Canada: A Presentation to the House Standing Committee on Health*, Ottawa, le CCLAT, 1996.

¹⁸ Santé Canada, *Stratégie canadienne antidrogue*, Ottawa, Ministères des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1998, p. 5.

¹⁹ *Ibid.*, p. 4.

²⁰ Vérificatrice générale, *supra*, note 15.

²¹ B. Fischer et coll., « Injection drug use and preventive measures: a comparison of Canadian and Western European jurisdictions over time », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2000, 162(12) : 1709-1713.

²² *Idem*; Groupe de travail sur le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection, *Le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection : Un plan d'action national*, Ottawa, Centre de

lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie et Association canadienne de santé publique, 1997.

²³ Vérificatrice générale, *supra*, note 15.

²⁴ *Ibid.*

²⁵ *Ibid.*

²⁶ *Ibid.*

²⁷ *Ibid.*

²⁸ *Ibid.*

²⁹ D. Weatherburn, B. Lind, « The impact of law enforcement activity on a heroin market », *Addiction*, 1997, 92(5) : 557-569.

³⁰ Office des Nations Unies pour le contrôle de la drogue et la prévention du crime, *Illicit Drug Trends 2001*, New York, l'Office, 2001.

³¹ P.B. Bach, J. Lantos, « Methadone dosing, heroin affordability, and the severity of addiction », *American Journal of Public Health*, 1999, 89(5) : 662-665.

³² US Office of National Drug Control Policy, *ONDCP Provides Overview of FY 2002 Drug Control Budget* (communiqué de presse), 9 avril 2001 (via www.whitehousedrugpolicy.gov).

³³ Réseau juridique canadien VIH/sida, *supra*, note 3; Riley, *supra*, note 9; S. Brochu, « Estimating the costs of drug-related crime », document préparé pour le Second International Symposium on the Social and Economic Costs of Substance Abuse, Montebello, 2-5 octobre 1995; E. Oscapella, *How Canadian Laws and Policies on "Illegal" Drugs Contribute to the Spread of HIV Infection and Hepatitis B and C*, Toronto, Canadian Foundation for Drug Policy, 1995.

³⁴ E. Wood et coll., « Unsafe injection practices in a cohort of injection drug users in Vancouver: could safer injecting rooms help? », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2001, 165(4) : 405-410.

³⁵ B.K. Alexander, *The Roots of Addiction in a Free Market Society*, Vancouver, Canadian Centre for Policy Alternatives, 2001 (via www.policyalternatives.ca); J. Skirrow, « Commentaire sur A Framework for Action : A Four Pillar Approach to Drug Problems in Vancouver », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2001, 6(1) : 101-103.

³⁶ D. MacPherson, *Comprehensive Systems of Care for Drug Users in Switzerland and Frankfurt, Germany. A report from the 10th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm and a Tour of Harm Reduction Services in Frankfurt, Germany*, Vancouver, Social Planning Department, City of Vancouver, 1999 (via www.city.vancouver.bc.ca); S. Tabrizi, *Social Support Systems at Work: What have the European cities done for their drug-using populations?*, Ottawa, Santé Canada, 1998; E.J. van Ameijden, R.A. Coutinho, « Maximum impact of HIV prevention measures targeted at injecting drug users », *AIDS*, 1998, 12(6) : 625-33; Parliament of New South Wales, Joint Select Committee into Safe Injection Rooms, *Report on the Establishment or Trial of Safe Injecting Rooms*, Sydney, Parliament of New South Wales, 1998, p. 56-74.

³⁷ T. Kerr, A. Palepu, « Safe injection facilities in Canada: is it time? », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2001, 165(4) : 436-7.

NOUVELLES CANADIENNES

On trouve sous cette rubrique de brefs comptes rendus de développements dans la législation, les politiques et la défense des droits en lien avec le VIH/sida au Canada. (Les affaires canadiennes confiées à des cours ou à des tribunaux des droits de la personne sont sous la rubrique *Le VIH devant les tribunaux – Canada*.) Les nouvelles rapportées ici sont tirées d'information portée à notre connaissance par des correspondants au Canada ou notée lors de survols des médias. Une liste des correspondants réguliers est reproduite à la page 2; des renseignements sur les correspondants occasionnels sont donnés avec leur article. La correspondance pertinente aux Nouvelles canadiennes doit être adressée à David Garmaise, rédacteur en chef de cette rubrique, à dgarmaise@rogers.com.

La nouvelle loi sur l'immigration entre en vigueur ainsi que son Règlement

En vertu du nouveau règlement, il est plus facile pour les conjoints homosexuels d'immigrer au Canada. Cependant, le gouvernement a refusé de modifier sa façon de déterminer si les immigrants potentiels qui vivent avec le VIH/sida ou d'autres états pathologiques peuvent imposer un fardeau excessif aux services de santé et services sociaux du Canada.

La nouvelle *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* du Canada est entrée en vigueur le 28 juin 2002, à présent que le règlement adopté sous son empire a été mis au point.¹ Le règlement prévoit en détail la façon dont la Loi sera mise en application et comprend des dispositions sur l'exclusion des requérants pour des motifs liés à leur santé et sur le traite-

ment des couples homosexuels. Des organismes communautaires ont participé aux consultations publiques sur le règlement organisées par le Comité permanent sur l'Immigration et la Citoyenneté en février et mars 2002.²

Pour déterminer si un immigrant potentiel imposerait un fardeau excessif aux systèmes de santé et aux services sociaux du Canada, le règlement

permet des projections de coûts sur une période de cinq ans pour la plupart des états pathologiques, mais jusqu'à 10 ans pour les maladies chroniques. Cette disposition a été conservée en dépit de l'opposition d'organismes communautaires (appuyée par le Comité permanent) selon lesquelles les projections de coûts au-delà de cinq ans seraient vraisemblablement inexactes, compte tenu du rythme des progrès accomplis par la médecine. De plus, contrairement aux recommandations du Réseau juridique canadien VIH/sida, seuls les coûts potentiels (et non les contributions

potentielles des candidats) seront pris en considération pour évaluer le fardeau excessif selon le nouveau règlement.

Le gouvernement a néanmoins adopté l'une des recommandations formulées par des organismes communautaires – c'est-à-dire que la cohabitation devrait être seulement un des facteurs considérés pour évaluer l'authenticité des unions de fait (y compris les unions homosexuelles) dans le but de déterminer si des immigrants potentiels sont admissibles à entrer au Canada dans la catégorie de la famille. Le gouvernement a

créé une nouvelle catégorie, celle de « partenaires comparables à des conjoints », qui s'ajoute à celle de « conjoints de fait » déjà comprise dans la Loi. Les candidats qui vivent une situation assimilable à une union conjugale avec un répondant canadien depuis au moins un an n'ont pas besoin de cohabiter avec cette personne pour être classés dans la catégorie de la famille; et comme les conjoints de fait et d'autres membres de la catégorie de la famille, ils sont exemptés de l'examen relatif au fardeau excessif.

- Alana Klein

Alana Klein est depuis peu titulaire d'un diplôme de la Faculté de droit de l'Université McGill. Elle est l'auteure d'*Immigration et VIH/sida : rapport final* (Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2001).

¹ La Loi et les Règlements sont disponibles sur le site Web de Citoyenneté et Immigration Canada (www.cic.gc.ca sous la rubrique « Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés »).

² A. Klein, « Inquiétudes exprimées au sujet des nouvelles règles sur l'immigration », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 6(3) : 35-36.

Le gouvernement reporte la fourniture de marijuana médicale

L'initiative du gouvernement fédéral en vue de fournir de la marijuana à des fins médicales continue de connaître des problèmes et des retards. Il y a quelque temps, la première récolte du cultivateur désigné par le gouvernement s'est révélée trop impure pour la consommation. Les retards ont entraîné le dépôt d'une poursuite contre le gouvernement fédéral.

Malgré les promesses de l'ancien ministre de la Santé Allan Rock en décembre 2001, selon lesquelles une certaine quantité de marijuana médicale de qualité serait disponible rapidement, le gouvernement fédéral est loin d'être prêt à en offrir. La ministre de la Santé Anne McLellan a annoncé que la première récolte du cultivateur officiel est tellement impure que Santé Canada refuse de la distribuer.

L'initiative de Santé Canada pour la production et la distribution de marijuana a été entreprise dans le cadre d'un nouveau règlement entré en vigueur le 30 juillet 2001 (le *Règlement*

sur l'accès à la marijuana à des fins médicales). Ce règlement établit la procédure que les Canadiens doivent suivre pour demander et obtenir du gouvernement fédéral l'autorisation d'utiliser la marijuana à des fins médicales particulières. Les règlements prévoient que les personnes intéressées peuvent s'en procurer de trois façons : en la cultivant elles-mêmes, en désignant un cultivateur, ou en demandant celle du cultivateur officiel désigné par le gouvernement fédéral.

Santé Canada avait tenté de se procurer des graines de qualité expérimentale des autorités américaines

anti-drogue, mais il a essuyé un refus; le ministère affirme donc avoir été réduit à cultiver des graines confisquées par la police, qui ont donné une première récolte de piètre qualité. Le cultivateur désigné par le gouvernement, Prairie Plant Systems, a effectué des tests sur 2 000 plants produits vers la fin de l'année 2001, pour mettre au point une graine standard qu'il pourrait utiliser pour la deuxième récolte. Selon le gouvernement, le retard de la production de marijuana de bonne qualité allait s'étendre au moins jusqu'en août 2002. Cependant, le bruit court que la récolte devrait ensuite être soumise à des essais cliniques pour établir les avantages thérapeutiques, ce qui peut vouloir dire qu'il faudra des années avant que la marijuana soit offerte aux patients.

La production de marijuana de bonne qualité pour des fins médicales est d'une importance cruciale parce que la majorité des personnes qui ont été autorisées à posséder de la marijuana à des fins médicales n'ont pas

Certaines personnes ont légalement la permission de posséder de la marijuana, mais elles n'ont pas ou à peu près pas de moyens légitimes de s'en procurer.

demandé, ou n'ont pas obtenu, la permission de cultiver leur propre marijuana ou de désigner leur cultivateur. Ces personnes se trouvent donc dans une situation intenable : elles ont légalement la permission de posséder de la marijuana, mais elles n'ont pas ou à peu près pas de moyens légitimes de s'en procurer.

Une poursuite civile a été intentée contre le gouvernement fédéral pour son défaut de satisfaire les besoins des personnes qui utilisent de la marijuana à des fins médicales. La poursuite a été intentée par sept Canadiens gravement malades, dont quelques-uns seulement ont réussi à obtenir l'autorisation de posséder de la marijuana pour des fins médicales. Dans la poursuite, ils font valoir que, en juillet 2000, la Cour d'appel d'Ontario a donné un an au gouvernement fédéral pour élaborer un programme réglementaire sérieux et efficace concernant l'accès à la marijuana à des fins médicales, et ils soutiennent que le gouvernement ne s'est pas conformé à l'ordonnance. La poursuite énumère trois problèmes fondamentaux relativement au règlement :

- le règlement est une course à obstacles qui décourage et empêche la plupart des gens de demander l'autorisation de posséder de la marijuana à des fins médicales;
- les médecins ont été forcés de jouer le rôle de gardiens dans la procédure de demande, un rôle qu'ils refusent de jouer;¹
- les règlements ne traitent pas adéquatement des questions d'approvisionnement et d'accès.

Les demandeurs souhaitent que les règlements soient invalidés pour cause d'inconstitutionnalité et qu'il soit ordonné au gouvernement de donner accès à la marijuana cultivée par Prairie Plant Systems.

Dans le même ordre d'idée :

- Un sondage commandé par Santé Canada en février 2002 a révélé que 85 pour cent des Canadiens approuvaient l'utilisation de marijuana à des fins médicales. Le sondage a également révélé que la majorité des Canadiens ne comprennent pas les règlements qui régissent la consommation de marijuana à des fins médicales. La plupart des personnes qui ont participé au sondage croyaient qu'il était permis de posséder de la marijuana pour des fins médicales sans avoir à demander une autorisation au gouvernement fédéral.²
- Des clubs d'acheteurs se sont formés dans plusieurs villes pour aider les gens à se procurer de la marijuana à des fins médicales. Pour de plus amples renseignements, consultez le site Web du Cannabis Buyers Club of Canada (à www.cbc-canada.com).
- En Colombie-Britannique, deux individus ont mis sur pied un site Web contenant des renseignements détaillés sur la procédure

de demande relative à l'utilisation de marijuana à des fins médicales. Le site comprend un groupe de discussion où les personnes intéressées peuvent échanger des renseignements sur leur expérience au sujet de la marijuana à des fins médicales et la procédure de demande qui s'y rapporte (www.medicalmarihuana.ca).

- Le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites a récemment rendu public un document de travail qui concluait qu'il n'existait aucune preuve permettant de croire que l'utilisation de marijuana mène à l'utilisation de drogues plus dures.³ Le document de travail a également conclu que les politiques publiques, qu'elles soient prohibitives ou libérales, ont très peu d'effet sur les degrés et les tendances d'utilisation⁴.
- Keith Martin, un député de l'Alliance canadienne, a présenté un projet de loi d'initiative privée portant sur la décriminalisation de la possession de petites quantités de marijuana (le projet de loi C-344),⁵ mais le gouvernement libéral s'est servi de la procédure parlementaire pour empêcher la discussion du projet de loi.

— Liz Scanlon

¹ D. Garmaise, « Des médecins mécontents du nouveau Règlement sur l'accès à la marijuana médicale », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 6(3) : 37.

² J. Aubry, « Most "medical" marihuana use illegal: poll », *The Ottawa Citizen*, 3 février 2002.

³ Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, *Document de discussion portant sur le cannabis*, mai 2002, p. 3 (disponible sur le site Web du Parlement du Canada via www.parl.gc.ca. Cliquer sur « Travaux des comités », « Sénat » et « Liste des comités »).

⁴ *Ibid.*, p. 7.

⁵ *Loi modifiant la Loi sur les contraventions et la Loi réglementant certaines drogues et autres substances (marihuana)* (disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse www.parl.gc.ca. Cliquer sur « Projets de loi », « Chambre des communes : Autres projets de loi », et « C-344 »).

C.-B. – Un rapport recommande la déclaration obligatoire du VIH

Le médecin hygiéniste en chef de la province a recommandé que le VIH devienne une maladie à déclaration obligatoire et qu'un système adéquat de notification des partenaires soit établi. Toutefois, il a également recommandé que toute personne ait la possibilité de choisir de subir le test anonyme.

Le VIH pourrait bientôt devenir une maladie à déclaration obligatoire en Colombie-Britannique. Le Dr Perry Kendall, le médecin hygiéniste en chef, a communiqué un rapport qui recommande que le VIH soit ajouté à la liste des maladies à déclaration obligatoire selon la loi.¹ La Colombie-Britannique est actuellement la seule province au Canada qui n'exige aucune forme de déclaration du VIH. Le Dr Kendall a également recommandé que :

- les effets de la déclaration obligatoire soient évalués;
- les personnes aient la possibilité de choisir de subir un test anonyme du VIH; et que
- un système de notification des partenaires soit mis en place, qui disposerait de suffisamment de ressources pour faire en sorte que des pratiques de notification adéquates soient respectées.

Le rapport recommande que le VIH soit retiré de la liste des maladies à déclaration obligatoire si l'évaluation démontre que la pratique de la déclaration a des effets négatifs et qu'il n'est pas possible de corriger les problèmes. Cette recommandation semble résulter d'inquiétudes manifestées par la communauté. La communauté craint qu'en pratique la déclaration obligatoire ait des effets néfastes pour les personnes qui ont un sérodiagnostic positif ou pour le public en général, à cause de la

possibilité de divulgation de renseignements confidentiels par des professionnels de la santé concernant l'identité des personnes séropositives; à cause de la stigmatisation dont sont victimes les personnes qui vivent avec le VIH/sida; et à cause de la possibilité que certaines personnes séropositives s'abstiennent de subir le test parce qu'elles s'inquiètent des répercussions possibles.

Techniquement, la possibilité de subir un test anonyme du VIH existe déjà en C.-B. mais les gens n'en sont pas toujours informés. Le rapport recommande que les personnes soient informées de la disponibilité du test anonyme et renseignées sur les conséquences des tests anonymes ou nominaux.

La conséquence la plus importante des recommandations serait l'introduction d'un système de notification des partenaires. Actuellement, aucun système formel de notification des partenaires n'existe en Colombie-Britannique. Le rapport précise que des ressources humaines importantes seront nécessaires pour que le système de notification des partenaires soit mis en place efficacement. Compte tenu de l'importance des réductions actuelles du gouvernement provincial dans le secteur de la santé, il y a un risque que le système de notification des partenaires soit mis sur pied sans ressources adéquates.

Jusqu'à tout récemment, le VIH était une infection à déclaration obli-

gatoire dans toutes les provinces, sauf en C.-B. et au Québec. Il est devenu maladie à déclaration obligatoire au Québec en avril 2002. Bien que le nom des personnes qui ont un sérodiagnostic positif ne doive pas être inscrit dans les rapports communiqués au Québec, les rapports contiendront des renseignements sur leur âge, leur sexe, leur lieu de résidence et leur origine ethnique.

– Tarel Quandt

¹ PR.W. Kendall, *Provincial Health Officer's Report on HIV Reportability*. British Columbia Ministry of Health Planning, février 2002 (via www.gov.bc.ca/healthplanning, sous « Office of the Provincial Health Officer » puis « Other Reports »).

Vancouver : utilisatrices de drogue par injection plus vulnérables au VIH

Une nouvelle étude révèle des faits inquiétants à propos de l'infection à VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection du quartier Downtown Eastside de Vancouver. Les femmes, en particulier celles d'origine autochtone, sont affectées de façon disproportionnée par le VIH/sida.

Le taux d'incidence du VIH chez les femmes qui s'injectent des drogues est d'environ 40% supérieur à celui observé chez les hommes, dans le quartier Downtown Eastside de Vancouver, d'après une étude menée par Patricia M. Spittal et publiée en avril 2002 dans le *Journal de l'Association médicale canadienne*.¹ On signale aussi que plus de 40% des utilisatrices de drogue sont autochtones. Ces données indiquent clairement que les femmes qui s'injectent des drogues, en particulier celles d'origine autochtone, sont beaucoup plus vulnérables au VIH.

Les chercheurs concluent que l'incidence plus élevée de l'infection à VIH dans cette population est due en

grande partie aux iniquités dans les relations entre les sexes. De tels déséquilibres de pouvoir rendent les femmes plus vulnérables à l'infection. Les rapports sexuels non consentis en sont une manifestation. Dans l'étude, 68% des répondantes ont affirmé avoir des rapports sexuels non consentis, comparativement à seulement 18% des répondants. Les chercheurs concluent aussi que la surreprésentation des femmes autochtones parmi les utilisatrices de drogue séropositives est probablement causée par une convergence de facteurs de vulnérabilité – c'est-à-dire que les faits d'être une femme et d'être autochtone accroissent la vulnérabilité au VIH.

L'étude offre des renseignements supplémentaires qui pourraient être cruciaux à l'élaboration de programmes ciblés de prévention. On a noté que les participantes à la recherche sont plus susceptibles de contracter le VIH lorsqu'elles aident une personne à s'injecter de la drogue ou qu'elles ont des rapports sexuels non protégés avec un partenaire régulier.

Chez les hommes, l'étude a observé que la probabilité de contracter le VIH augmente avec l'emprunt de seringues. Le fait que les facteurs de risque diffèrent entre femmes et hommes a conduit les auteurs à conclure que (a) des initiatives sexospécifiques de prévention du VIH doivent être développées immédiatement et (b) plus de recherche est nécessaire pour comprendre les processus et facteurs qui entraînent des méfaits liés à l'usage de drogue chez les femmes.

Les femmes qui s'injectent des drogues sont affectées par un ensemble complexe de facteurs sociodémographiques qui les rend plus vulnérables au VIH. Les besoins culturels et sexospécifiques doivent être pris en compte dans la recherche de solutions et l'élaboration de programmes à l'intention des utilisatrices de drogue.

- Kim Thomas

¹ P.M. Spittal et coll., « Risk factors for elevated HIV incidence rates among female injection drug users in Vancouver », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2002; 166 (7) : 894-899.

Un groupe d'entreprises cesse de s'opposer à un centre de santé pour usagers de drogues

Une intervention judiciaire du Vancouver Area Network of Drug Users a obligé la Community Alliance à se désister de sa requête contre un centre de santé du Downtown Eastside à Vancouver.

Un centre de santé public pour les usagers de drogues illicites situé dans le quartier Downtown Eastside à Vancouver est libre de poursuivre ses activités. La contestation judiciaire contre l'établissement a été abandon-

née à la suite d'une intervention des usagers de drogues.

Le centre a ouvert ses portes en décembre 2001, après d'importantes audiences publiques. La Community Alliance, une coalition de commer-

çants et de propriétaires, a engagé une poursuite judiciaire contre le centre en octobre 2001. Elle soutenait que l'établissement avait obtenu un permis en contravention de règlements municipaux. La Cour suprême de la Colombie-Britannique a instruit la requête. Le Vancouver Area Network of Drug Users (VANDU) a demandé à la Cour le droit de prendre la défense du centre. La Pivot Legal Society, une organisation sans but lucratif vouée à la défense des droits des usagers de drogues et des travailleurs du sexe, a représenté VANDU à l'audience.

Avant que soit abordée la question des règlements municipaux, cependant, le juge devait déterminer si VANDU, la plus importante organisation d'usagers de drogue au Canada, avait le droit de participer à l'audience. Le juge Edwards a conclu que le VANDU était exceptionnellement qualifié pour représenter les usagers de drogues et que le défaut de la Community Alliance de signifier sa requête à VANDU avait porté atteinte aux règles de la Cour suprême.

La Community Alliance avait l'intention de soutenir que l'approbation du centre de santé dans un quartier réservé aux « commerces de détail et autres usages similaires » allait à l'encontre des règlements de zonage de la ville de Vancouver. Toutefois, l'Alliance ne s'était pas préparée à participer à un débat sur le caractère essentiel des services offerts par le centre, un débat qu'elle n'a pu éviter une fois que la participation du VANDU à l'audience fut acceptée. En avril 2002, l'Alliance a annoncé que la poursuite de l'action judiciaire serait trop coûteuse et qu'elle se désistait de sa requête.

John Richardson, un avocat de la société Pivot qui représentait le

VANDU, a observé que l'argument juridique de la Community Alliance consistait à tenter d'utiliser une disposition étroite des règlements de zonage pour éviter d'aborder de plus vastes problèmes sociaux. « Par sa requête, l'Alliance a tenté d'utiliser les tribunaux pour faire échec à un processus de consultation général, ce qui a donné lieu à des manifestations presque unanimes d'appui au centre de santé », a-t-il dit. « Le centre doit répondre à des besoins désespérés sur le plan de l'urgence médicale publique dans une rue où se trouve la plus grande concentration de drogues illicites en Amérique du Nord. Tenter de faire fermer un établissement de cette nature sous prétexte qu'il n'est pas un commerce de détail est un exemple des abus auxquels peut mener l'utilisation du système judiciaire quand les questions juridiques sont isolées de leur contexte social réel. » Dans ses arguments, M. Richardson a insisté sur les conséquences qu'aurait la fermeture du centre pour les résidents du quartier, et a soutenu que les autorités responsables de la délivrance des permis avaient le pouvoir, selon l'Official Community Development Plan, d'assouplir les règlements de zonage quand leur respect strict causerait un préjudice indu.

Le centre de santé a pour objectif de faciliter l'accès aux services de santé à environ 5 000 utilisateurs de drogues par injection et d'autres résidents marginalisés du Downtown Eastside de Vancouver. Situé près de l'intersection de East Hastings et Main, au cœur de la plus importante concentration de drogues illicites au Canada et du quartier le plus pauvre, le centre offre des services médicaux de base adaptés aux utilisateurs de drogues par injection. Il représente la première étape d'une stratégie en

cinq volets de la ville de Vancouver pour offrir des services médicaux et communautaires plus efficaces aux personnes qui vivent avec une dépen-

« Par sa requête, l'Alliance a tenté d'utiliser les tribunaux pour faire échec à un processus de consultation général, ce qui a donné lieu à des manifestations presque unanimes d'appui au centre de santé. »

dance. Le centre suit une politique de facilité d'accès destinée à réduire les méfaits liés à l'injection de drogues, comme la propagation de maladies à diffusion hémotogène, les décès par surdose et les maladies secondaires. Dans le Downtown Eastside, les usagers de drogues illicites présentent les taux les plus élevés de VIH/sida et d'hépatite C au Canada. La situation a amené la Vancouver Coastal Health Authority à décréter un état d'urgence sanitaire publique en 1998. Cet état d'urgence est toujours en vigueur.

– Cheryl Rossi et Katrina Pacey

Cheryl Rossi est journaliste à la pige. On peut la joindre à cherylrossi@rocketmail.com. Katrina Pacey est étudiante en droit à la University of British Columbia. On peut la joindre à : kpacey@bcifv.org.

Moins d'accès à la justice : réduction de l'aide juridique en C.-B.

D'importantes réductions des services d'aide juridique en Colombie-Britannique auront des conséquences dévastatrices pour les personnes vivant avec le VIH/sida et les organismes qui leur viennent en aide.

Le gouvernement de la C.-B. démantèle les services d'aide juridique en diminuant radicalement le financement et les services admissibles. En janvier 2002, le gouvernement a annoncé que le budget de l'aide juridique sera réduit de près de 39 pour cent au cours des trois prochaines années. En septembre 2002, les 60 bureaux régionaux d'aide juridique seront tous fermés et le nombre des avocats, des techniciens et des assistants juridiques à l'emploi de l'aide juridique sera réduit de 74 pour cent. Les services relatifs au droit des pauvres seront éliminés; les services relatifs au droit de la famille seront réduits de 65 pour cent. Une couverture limitée sera conservée pour la représentation par avocat dans certaines affaires de droit criminel, de santé mentale et d'immigration.

Les réductions sont d'une portée tellement considérable que le gouvernement a dû apporter des modifications au *Legal Services Act*.

Traditionnellement, l'aide juridique était obligatoire pour les personnes aux prises avec un problème juridique qui menaçait leur santé ou leur sécurité physique ou mentale, leur aptitude à se nourrir, à se vêtir et à se loger, ou leur gagne-pain. Selon les modifications proposées, l'aide juridique ne sera offerte dans ces situations que s'il existe du financement.

Les réductions seront désastreuses pour les personnes pauvres ou à faible revenu, parmi lesquelles se trou-

vent de nombreuses personnes qui vivent avec le VIH/sida. L'élimination des services relatifs au droit des pauvres privera d'une ressource essentielle les personnes qui vivent avec le VIH/sida et les groupes communautaires qui leur viennent en aide. Les personnes qui vivent avec le VIH/sida, particulièrement dans les régions rurales, se faisaient représenter par les avocats et les techniciens de l'aide juridique devant les tribunaux administratifs pour obtenir des prestations d'assurance emploi et présenter des demandes reliées à l'aide sociale (notamment en ce qui a trait au revenu, au logement ou aux soins médicaux). Les cas où des prestations d'invalidité prolongée étaient refusées étaient couramment soumis aux avocats de l'aide juridique, à cause de leur complexité et de leur gravité. Sans les avocats de l'aide juridique, les personnes vivant avec le VIH/sida seront moins aptes à faire valoir leurs droits. De plus, les groupes communautaires supporteront un fardeau supplémentaire, parce qu'ils seront forcés d'utiliser des ressources pour débattre des questions qui étaient traditionnellement traitées par des spécialistes de l'aide juridique.

Les groupes communautaires, l'Association du Barreau Canadien et la Law Society of British Columbia se sont vigoureusement opposés aux réductions du gouvernement. Ces organisations ont fait valoir que le sys-

tème d'aide juridique actuel devait être conservé, parce qu'il a contribué à la protection des droits des personnes pauvres et démunies dans cette province (des femmes, dans une très forte proportion). Ils ont également soutenu que les réductions auraient pu être évitées, si le gouvernement avait respecté son engagement de verser à l'aide juridique la taxe de 7,5 pour cent imposée aux services des avocats. Le gouvernement a plutôt détourné ces fonds vers d'autres programmes.

À la fin de mai, la Law Society a tenu une assemblée générale spéciale pour discuter des réductions. Plus de deux tiers des 1 000 avocats présents ont adopté une proposition ayant pour objet d'exprimer un blâme envers Geoff Plant, le procureur général de la Colombie-Britannique, et de lui reprocher de réduire l'accès à la justice pour les personnes pauvres.¹ Bien que la Law Society n'ait pas le pouvoir de destituer le procureur général de ses fonctions, le vote de blâme constitue l'expression d'un message clair au gouvernement.

— Tarel Quandt

¹ Disponible sur le site Web de la Law Society of British Columbia (www.lsbcc.org).

L'Ontario s'apprête à présenter un nouveau projet de loi sur la protection des renseignements personnels

La nouvelle législation proposée par le gouvernement de l'Ontario constitue une amélioration par rapport aux projets précédents, mais des problèmes demeurent.

Le gouvernement de l'Ontario projette de présenter une nouvelle loi sur la protection des renseignements personnels. La *Loi de 2002 sur la protection des renseignements personnels* (LPRP)¹ est la dernière d'une série de tentatives du gouvernement de créer une loi portant sur l'utilisation des renseignements personnels (y compris des renseignements médicaux) par le secteur privé. La dernière tentative (le projet de loi 159, *Loi sur la protection des renseignements médicaux personnels*) a été vivement critiquée par les parties intéressées.

Le gouvernement présentera vraisemblablement la législation assez rapidement. La loi fédérale (*Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques*) qui est entrée en vigueur en janvier 2001, et qui pour le moment s'applique uniquement aux entreprises réglementées par le gouvernement fédéral et aux échanges transfrontaliers de renseignements personnels, s'appliquera à partir de janvier 2004 à toutes les autres activités commerciales et à toutes les opérations commerciales relatives à la santé, au Canada, à moins que les gouvernements provinciaux n'adoptent des lois « similaires dans l'ensemble » d'ici là. Jusqu'à présent, le Québec est la seule province à avoir adopté une loi similaire dans l'ensemble à la loi fédérale.

En ce qui concerne le VIH/sida, la LPRP est d'une importance considérable, parce qu'elle régleme la façon dont les organisations peuvent recueillir, utiliser et divulguer des renseignements personnels sur les Ontariens, et les motifs pour lesquels elles peuvent le faire. Les « renseignements personnels » sont définis comme des renseignements qui permettent d'identifier une personne, ou qui peuvent être manipulés de manière à permettre son identification (notamment par des liens ou des comparaisons). Les renseignements personnels comprennent les renseignements médicaux personnels – c'est-à-dire les renseignements relatifs à la santé physique ou mentale d'une personne et les renseignements relatifs aux traitements médicaux qu'elle personne reçoit.

La LPRP présente une amélioration par rapport aux projets de loi antérieurs, à plusieurs titres :

- La LPRP intègre dans ses objets les dix principes du *Code type sur la protection des renseignements personnels* de l'Association canadienne de normalisation.² Ces principes reconnaissent le droit des personnes de consentir ou non à la divulgation de renseignements les concernant; le droit des personnes d'avoir accès aux renseignements personnels qui les concernent et d'en vérifier l'exac-

titude; et les limites relatives à la quantité de renseignements qui sont recueillis, utilisés ou divulgués. Les principes exigent également qu'un organisme équitable, indépendant et accessible surveille l'administration et l'application des lois concernant la protection des renseignements personnels. Dans le cas de la LPRP, c'est le Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée qui sera chargé de cette surveillance.

- La LPRP crée un recours pour les personnes dont le droit au respect des renseignements personnels aurait été violé. Selon la loi, les personnes qui subiraient un préjudice du fait de la violation de leur droit pourraient poursuivre pour dommages-intérêts.
- La LPRP prévoit la création de comités d'éthique de la recherche spécifiquement chargés de surveiller les initiatives de recherche comportant l'utilisation de renseignements personnels.
- La LPRP prévoit la création d'un institut des données, indépendant du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, dont le rôle consisterait à retirer les identificateurs personnels des renseignements médicaux personnels transmis au ministère de la Santé pour des fins d'analyse et d'administration du système de santé. Le ministre de la Santé aurait accès aux renseignements personnels uniquement si le Commissaire à l'information et à la protection de

la vie privée jugeait qu'il est dans l'intérêt public que le ministre ait accès à ces renseignements.

Le projet de loi ne résout cependant pas tous les problèmes. Les dispositions concernant la cueillette, l'utilisation et la divulgation des renseignements sont maladroites et confuses. La *LPRP* établit divers ensembles de règles; ce sont la nature des renseignements et le type de personnes qui les traitent qui déterminent les règles applicables. Les dispositions concernant l'accès des personnes aux renseignements qui les concernent sont également confuses. Ces problèmes ont été portés à l'attention du gouvernement par la HIV/AIDS Legal Clinic of Ontario (HALCO), qui est l'une des organisations qui ont répondu à la demande de consultation faite au début de 2002.³

– Matthew Perry

¹ Le texte du projet de loi est disponible sur le site Web du ministère des Services aux consommateurs et aux entreprises à www.cbs.gov.on.ca sous « La protection des renseignements personnels ».

² Disponible sur le site Web de l'Association canadienne de normalisation (www.csa.ca) sous « Normes ».

³ Voir *Submission to the Ministry of Consumer and Business Services: Consultation Draft of the Privacy and Personal Information Act, 2002*, au site Web de HALCO (www.halco.org), sous « Position Statements ».

En bref

Des « faux négatifs » mènent au retrait de trousse de dépistage rapide du VIH

Deux trousse de dépistage rapide du VIH ont été retirées du marché, parce que certains des résultats qu'elles ont donné se sont révélés faux. Santé Canada a diffusé un avis au sujet des trousse de dépistage après que le Centre d'épidémiologie de la Colombie-Britannique eut constaté que certaines personnes qui avaient obtenu un sérodiagnostic négatif étaient en fait séropositives.¹

Les trousse en question sont le test Fast Check HIV 1/2 (sérum) et le test Fast Check HIV 1/2 (sang entier), toutes deux fabriquées par Biochem ImmunoSystems. Le test Fast Check HIV-1/2 (sérum) a été conçu à l'usage exclusif des laboratoires. Le test basé sur le sang entier était conçu pour les examens rapides effectués par des professionnels de la santé en clinique; c'est le seul test de sérodiagnostic approuvé pour les milieux de soins. L'utilisation de ces tests à domicile n'était pas autorisée, et ni l'un ni l'autre n'a été utilisé pour l'analyse des dons de sang.

Les tests de dépistage rapide du VIH reposent sur l'analyse d'une goutte de sang prélevée par piqûre au bout du doigt et permettent d'obtenir des résultats en 15 à 20 minutes. Santé Canada estime que, à la fin du mois d'avril 2002, environ 8 000 personnes dans tout le pays avaient subi un test rapide. À son avis, le nombre de faux résultats négatifs serait très peu élevé. Quoi qu'il en soit, Santé Canada recommande à toute personne qui aurait reçu un résultat négatif au moyen d'une trousse de dépistage rapide de-

puis le mois de mars 2000 de communiquer avec une clinique ou un professionnel de la santé pour subir un autre test. Santé Canada a fait parvenir une lettre aux professionnels de la santé qui réalisent des tests de sérodiagnostic pour leur faire part de ses préoccupations.

– David Garmaise

Le Canada crée une Initiative de recherche en santé mondiale

Plusieurs questions relatives au VIH/sida figurent en tête de la liste des priorités de l'Initiative de recherche en santé mondiale (IRSM), un nouveau partenariat entre divers ministères et organismes gouvernementaux canadiens. L'objectif de cette initiative inaugurée en novembre 2001 est de créer une collaboration formelle favorisant la mise en commun de connaissances, d'expériences et de ressources pour faire face aux problèmes de santé mondiale grâce à la recherche. Le Centre de recherches pour le développement international, l'Agence canadienne de développement international, Santé Canada et les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) participent au projet.

Parmi les priorités particulières de l'IRSM, notons la recherche entreprise au Canada et dans les pays en développement sur les essais cliniques de vaccins anti-VIH, et l'adaptation à la situation des pays en développement des résultats d'interventions en matière de VIH/sida au Canada. De plus, l'IRSM a participé à des consultations pour la planification de la conférence du G-8 présidée par le Ca-

nada en juin 2002, particulièrement en ce qui concerne l'importance des recherches médicales destinées à améliorer la santé et le développement économique en Afrique.

Pour de plus amples renseignements sur le travail de l'IRSM, consulter le site Web de l'IRSC (via www.cihr-irsc.gc.ca/services/partnerships/international/index_f.shtml).

– Liz Scanlon

La C.-B. modifie son programme d'aide aux personnes handicapées

Un nouveau projet de loi présenté par le gouvernement de la Colombie-Britannique entraînera vraisemblablement des changements radicaux à l'aide sociale aux personnes handicapées dans la province. Toutefois, le projet de loi 27, l'*Employment and Assistance for Persons with Disabilities Act*,² donne peu de détails sur la façon dont l'aide sociale sera accordée dans l'avenir. Les détails ne seront connus qu'au moment où le règlement sera rendu public, vers le mois d'août 2002.

La loi modifie apparemment l'aide aux personnes handicapées de trois manières fondamentales :

- Les critères d'admissibilité à l'aide aux personnes handicapées ont été modifiés. Ils pourraient être plus restrictifs, selon les définitions qui seront adoptées dans le règlement.
- Les prestataires handicapés devront s'inscrire à un programme d'emploi conçu pour les aider à trouver un emploi et à devenir aptes au travail, et elles devront se conformer aux conditions du programme. Bien que le gouver-

nement pourra, à sa discrétion, soustraire certaines personnes à cette exigence, on ne sait pas

Le gouvernement de la C.-B. modifie radicalement son programme d'aide sociale aux personnes handicapées.

dans quelles circonstances cette discrétion pourra s'exercer.

- Une nouvelle procédure d'appel sera mise en œuvre. Elle éliminera la possibilité d'accès à l'audience et le droit d'appel subséquent à un tribunal administratif supérieur.

La British Columbia Persons with AIDS Society (BCPWA) et d'autres groupes communautaires projettent de présenter des observations au gouvernement pendant la préparation du règlement. La BCPWA a préparé une analyse du projet de loi; pour en obtenir copie, contacter Naomi Brunemeyer à naomib@parc.org.

– Tarel Quandt

La Commission ontarienne critique les actes de l'industrie de l'assurance en matière de droits de la personne

La Commission ontarienne des droits de la personne (CODP) demande que des mesures soient adoptées pour protéger les droits de la personne dans l'industrie de l'assurance. Les mesures proposées sont formulées dans un rapport qui a été rendu

public en février 2002³ sur les résultats d'une consultation entreprise en octobre 1999.

La HIV & AIDS Legal Clinic of Ontario (HALCO) fut l'un des participants à la consultation. Dans sa présentation, HALCO a mis l'accent sur les problèmes que rencontrent le plus souvent ses clients dans le domaine de l'assurance-invalidité collective, notamment :

- la divulgation de renseignements confidentiels par des employeurs qui obtiennent des renseignements médicaux de leurs employés dans le traitement de demandes d'indemnités d'assurance;
- le non-respect de la vie privée par les sociétés d'assurance;

La Commission ontarienne des droits de la personne (CODP) demande que des mesures soient adoptées pour protéger les droits de la personne dans l'industrie de l'assurance.

- le refus des sociétés d'assurance de fournir des copies de la police d'assurance collective aux employés;
- les demandes répétées et fréquentes de renseignements médicaux aux personnes invalides, qui finissent par constituer une forme de harcèlement;
- le retrait des prestations pharmaceutiques, sous prétexte qu'elles sont « coûteuses », ou que les bénéficiaires sont en invalidité de longue durée; et

- le fait que les personnes à qui l'on refuse erronément des prestations ou dont les versements de prestations sont interrompus à tort doivent avoir les ressources financières nécessaires pour engager des actions judiciaires.

La Commission a approuvé plusieurs des critiques formulées envers l'industrie par des groupes comme l'HALCO. Elle a recommandé que la Commission des services financiers de l'Ontario offre des services peu coûteux de règlement des différends pour traiter les conflits fondés sur l'assurance-invalidité collective, et que les sociétés d'assurance soient tenues de fournir aux employés couverts par des contrats d'assurance collective des copies de ces contrats. La Commission s'est également engagée à assurer un suivi auprès des représentants de l'industrie en ce qui a trait aux problèmes de traitement des demandes d'indemnités et à la divulgation de renseignements confidentiels.

– Ruth Carey

Des organismes de lutte contre le VIH/sida devant la Commission Romanow

Le Canada doit s'engager plus fermement à consolider les cinq piliers de la *Loi canadienne sur la santé* – l'universalité, la transférabilité, l'administration publique, l'accessibilité, et l'intégralité – dans le but de réduire la vulnérabilité des Canadiens au VIH/sida et d'aider les personnes qui vivent avec la maladie. C'est ce qu'ont déclaré des organismes de lutte contre le VIH/sida devant la Com-

mission sur l'avenir des soins de santé (aussi appelée la Commission Romanow).

La Commission Romanow a été créée par le gouvernement fédéral, avec le mandat de consulter les personnes et les organisations d'un bout à l'autre du pays sur leur vision de l'avenir des soins de santé au Canada. La commission doit recommander des moyens d'assurer la viabilité d'un système de santé universellement accessible et subventionné par l'État.

Un certain nombre d'organismes de lutte contre le VIH/sida ont présenté des mémoires à la commission. Dans son mémoire, la Société canadienne du sida (SCS) a insisté sur la participation des utilisateurs des soins de santé et sur le renforcement de leur autonomie, comme moyens de rendre le système de santé plus efficace et dynamique.⁴ Le mémoire du Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements (CCSAT) a mis l'accent sur le principe que les Canadiens ont le droit d'avoir accès aux soins de santé sans égard à leur capacité de payer, et a exprimé l'opposition du CCSAT à l'implantation de frais aux utilisateurs et de banques de points pour les soins.⁵ Les deux mémoires ont insisté sur le fait que le gouvernement fédéral doit s'engager fermement à promouvoir un système de santé public universel et accessible à tous les Canadiens, et que le Canada ne doit pas permettre la privatisation du système. Ces messages ont été répétés dans les mémoires d'autres groupes de lutte contre le VIH/sida d'un bout à l'autre du pays, et d'autres organisations, comme l'Association canadienne de santé publique, le Conseil national des femmes, l'Assemblée des Premières Nations et le Congrès du travail du Canada. La commission devrait com-

muniquer ses recommandations en novembre 2002.

– Liz Scanlon

¹ Santé Canada, « Santé Canada avise les Canadiens et les Canadiennes de faux résultats possibles donnés par certaines trousse de dépistage rapide du VIH », 29 avril 2002 (www.hc-gc.gc.ca/français/protection/mise_garde/2002/2002_31.f.htm).

² Disponible sur le site Web de l'Assemblée législative de la Colombie-Britannique (via www.legis.gov.bc.ca sous « Legislation » et « Bills »). Voir la 3^e session du 37^e Parlement.

³ Commission ontarienne des droits de la personne, *Les assurances et les droits de la personne : Rapport de consultation*, octobre 2001 (via www.ohrc.on.ca sous la rubrique « Politiques et Consultations »).

⁴ *La santé est un droit de la personne : Mémoire présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada*, (via www.cdnaids.ca sous « Ressources de la SCS » puis « Documents de fond. »)

⁵ P. Lundrigan, « Témoignage devant la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada », 15 avril 2002, (via www.ctac.ca sous « Réformer le système de santé »).

NOUVELLES INTERNATIONALES

Cette rubrique contient des dépêches sur des développements du droit et des politiques touchant le VIH/sida à l'extérieur du Canada. La couverture est forcément sélective. Les affaires judiciaires sont abordées sous la rubrique « Le VIH/sida devant les tribunaux – Jurisprudence internationale ». Les collaborateurs aux Nouvelles internationales de ce numéro sont : Richard Elliott, Michaela Figueira, Lily Hyde, Kuambu Mwendela, Ann Strode et Simon Wright. Nous nous intéressons à toute information sur d'autres développements, pour les numéros ultérieurs de la Revue. Adressez vos communications au rédacteur en chef de nos Nouvelles internationales, David Patterson, à dpatterson@aidslaw.ca.

Test de sérodiagnostic dans l'armée – Deux pas en avant, un en arrière

Un comité d'experts de l'ONU rejette le test de sérodiagnostic obligatoire du VIH pour les Casques bleus

En novembre 2001, ONUSIDA a mis sur pied un comité d'experts sur les tests de VIH dans les opérations de maintien de la paix des Nations Unies, à Bangkok, Thaïlande. Le comité était chargé de déterminer si les Nations Unies devaient rendre obligatoires les tests de sérodiagnostic du VIH pour les forces de maintien de la paix. Après avoir examiné la question, le comité a rejeté à l'unanimité les tests de sérodiagnostic obligatoires et a plutôt recommandé le test et le counselling volontaires (TCV) dans le contexte des opérations de maintien

de la paix. Le comité a conclu que les TCV sont le moyen le plus efficace de prévenir la transmission du VIH, parmi les casques bleus, les populations hôtes et les conjoints des casques bleus. Le comité a souligné que le TCV devait être offert au personnel des opérations de maintien de la paix de concert avec un ensemble complet de services relatifs à la prévention du VIH et aux traitements qui s'y rapportent.

Le Réseau juridique canadien VIH/sida a préparé le document de base sur les questions juridiques et les droits de la personne, pour la consultation, et Lori Stoltz, qui occupait alors la présidence du Réseau juridique, a participé en qualité de personne ressource aux consultations du comité d'experts. Le rapport et le document

de base sont disponibles à : www.unaids.org/publications/documents, à la rubrique «Uniformed Services».

Le Parlement de la Namibie ignore un comité de la SADC et la Labour Court sur les tests de sérodiagnostic dans l'armée

En mai 2000 la Namibian Labour Court a rendu un jugement dans la première affaire plaidée en Namibie sur la question de la discrimination dans l'emploi fondée sur la séropositivité.¹

¹ *Haindongo Nghidipohamba Nanditume c. Minister of Defence*, 2001, Labor Court of Namibia, affaire n° LC 24/98 (à www.lac.org.na/html/nanvmod.htm.)

Réunions sur les aspects légaux et éthiques des vaccins anti-VIH

Réunion d'experts sur la recherche, le développement et l'accès aux vaccins anti-VIH

Du 19 au 21 avril 2002, à Montréal, le Réseau juridique canadien VIH/sida a tenu une réunion internationale d'experts sur les efforts mondiaux pour un financement accru de la recherche, du développement et de l'accès à d'éventuels vaccins anti-VIH. Les participants étaient notamment des experts de l'ONUSIDA, des US National Institutes of Health, de l'Initiative internationale pour un vaccin contre le sida, du Conseil international des ONG de lutte contre le sida et de l'AIDS Vaccine Advocacy Coalition. On y a distribué de la documentation de fond préparée par Sam Avrett. Les fruits de cette rencontre sont notamment un document détaillé qui sera déposé sur le site Web du Réseau juridique (à <http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/vaccins.htm>). D'autres documents seront publiés en français, anglais et espagnol, y

compris un compte-rendu de la réunion, un sommaire du document détaillé, un plan d'action et une trousse d'action communautaire.

Une retombée importante de cette rencontre est le consensus universel à l'effet que le développement de vaccins anti-VIH doit être intégré à d'autres mesures de prévention, de soins et de traitement. Réciproquement, les stratégies de prévention, de soins et de traitement doivent inclure le développement de nouvelles technologies telles les vaccins et les microbicides.

La réunion a reçu l'appui financier de l'Organisation mondiale de la santé, de l'ONUSIDA et de Santé Canada; la participation de six experts venant de pays en développement et en transition (Kenya, Fédération de Russie, Thaïlande, Trinidad et Tobago, Afrique du Sud) a été rendue possible grâce à du financement de l'Agence canadienne de développement international. Pour plus d'information, contacter David Patterson (<dpatterson@aidslaw.ca>).

Durban : symposium sur l'éthique, le droit et les droits de la personne

En avril 2002, le Groupe de travail sur l'éthique, le droit et les droits de la personne du Programme africain pour un vaccin contre le sida a organisé un symposium et un forum de réseautage de deux jours à Durban, Afrique du Sud, pour accroître la capacité des personnes vivant et œuvrant en Afrique de réagir aux questions éthiques, juridiques et de droits de la personne soulevées par le développement de vaccins anti-VIH; et pour créer un réseau africain dans ce domaine. L'événement a été financé par l'Initiative OMS-ONUSIDA pour un vaccin contre le VIH. Le secrétariat du Groupe de travail reçoit l'appui financier de la South African AIDS Vaccine Initiative (SAAVI). Pour plus d'information, contacter Marsha Naidoo (<naidoom@nu.ac.za>), coordonnatrice du Groupe de travail.

Caraïbe – Des pays réagissent à des questions juridiques, éthiques et de droits de la personne

Des initiatives caraïbéennes de lutte contre le VIH/sida reconnaissent le rôle du droit, de l'éthique et des droits de la personne dans la prévention du VIH et la réduction de son impact.

Adoption d'un Cadre stratégique régional sur le VIH/sida

Le Caribbean Regional Strategic Framework on HIV/AIDS [Cadre stratégique régional sur le VIH/sida dans la

Caraïbe] (anciennement connu sous le nom de Plan d'action) a été adopté par la Caribbean Community (CARICOM) en 2000, afin de soutenir les efforts nationaux pour la prévention et le contrôle de l'épidémie du VIH et la réduction de son impact aux paliers

régional et national. Le Volet prioritaire #1 de cette initiative porte sur « la défense et la promotion des droits et intérêts, l'élaboration de politiques et la législation » et il englobe les droits de la personne, la non-discrimination, les normes et meilleures pratiques internationales, les vaccins et la réforme du secteur de la santé. En 2001, l'Agence canadienne de développement international a lancé un projet pilote régional intitulé « Amélioration du soutien contre le VIH/sida dans les Antilles », qui soutiendra en partie la CARICOM dans la coordination et la mise en œuvre du Volet prioritaire #1 du cadre stratégique, jusqu'en mars 2007. La CARICOM a mandaté le Réseau juridique canadien VIH/sida de lui fournir une assistance technique dans les domaines du droit, de l'éthique et des droits de la personne. Un atelier régional a eu lieu à Tobago en juin. Pour plus d'information, joindre Cynthia Eledu, conseillère au Pan-Caribbean Partnership on HIV/AIDS, CARICOM (<celedu@caricom.org>). Une mise à jour sera publiée dans le prochain numéro de la *Revue*.

Prêts de la Banque mondiale pour réagir aux questions juridiques et de droits de la personne liées au VIH/sida

En avril 2002, la Banque mondiale a approuvé un prêt de jusqu'à 16,5 millions \$ US pour la prévention et le contrôle du VIH/sida et des MTS en Jamaïque. Le document d'évaluation du projet souligne la nécessité d'un cadre juridique approprié pour protéger les personnes vivant avec le VIH/sida, leurs familles et les populations vulnérables contre la dis-

crimination, en tant que composante d'une approche complète de soins, de traitements et de soutien.¹ Le projet donnera lieu à des ateliers pour sensibiliser les avocats et d'autres intervenants aux questions liées au VIH/sida. Des propositions d'initiatives similaires ont été approuvées en Barbade et en République dominicaine; de tels projets sont aussi en préparation à St-Kitts et en Grenade. L'initiative de la Banque mondiale témoigne de la reconnaissance accrue de l'importance du droit et de l'éthique dans la promotion d'un environnement habilitant pour réduire la transmission du VIH et son impact.

La Jamaïque publie un rapport sur les questions juridiques et la réforme du droit

En 2001, avec l'appui financier de l'USAIDS, le ministère de la Santé de la Jamaïque a mandaté McNeil et McFarlane, consultants juridiques de Kingston, de mener un examen des questions juridiques, éthiques et de droits de la personne liées au VIH/sida au pays. Le rapport détaillé, intitulé *HIV/AIDS Legal, Ethical and Human Rights Issues in Jamaica*, traite d'aspects et de développements juridiques aux paliers international, national et régional. Il aborde des thèmes tels les assurances, les prisons, la santé publique, l'immigration, l'emploi, l'aide sociale et le droit criminel. On en a discuté lors d'une réunion d'intervenants tenue le 13 décembre 2001, qui a permis l'identification d'actions à court et moyen terme pour réaliser les réformes nécessaires, y compris la collaboration avec d'autres intervenants. Le rapport et son processus consulta-

Le rapport et son processus consultatif pourront servir de modèles à des initiatives similaires dans la région.

tif pourront servir de modèles à des initiatives similaires dans la région. Le rapport est accessible sur le site Web du National AIDS Committee de la Jamaïque (www.nacjamaica.com).

¹ Banque mondiale, *Project Appraisal Document on a Proposed Loan in the Amount of US\$15 Million to Jamaica for an HIV/AIDS Prevention and Control Project (Second Phase of the Multi-Country HIV/AIDS Prevention & Control APL for the Caribbean)*, 25 janvier 2001, rapport n° 23265-JM (accessible à <www-wds.worldbank.org>, en cliquant sur « Browse by Country » puis sur « Jamaica »).

Afrique – Réseautage, accroissement de la capacité et formation

La présente section rend compte de la création de coalitions de lutte contre le VIH/sida entre parlementaires, dans le Sud de l'Afrique; de l'accroissement de la capacité de réseaux juridiques sur le VIH/sida, au Kenya et en Zambie; et d'une formation sur le VIH/sida pour la magistrature de l'Afrique du Sud.

Des parlementaires de la SADC discutent du VIH/sida, de législation et de droits de la personne

En février 2002, des parlementaires d'onze pays du Sud de l'Afrique se sont rencontrés à Windhoek, Namibie, pour définir leur rôle dans la réaction au VIH/sida et discuter de législation et de droits de la personne. Le Forum parlementaire de la Southern African Development Community (SADC) avait pris la décision d'organiser un tel atelier à la lumière de la création d'un comité permanent sur le VIH/sida, l'an dernier.

Les questions les plus litigieuses furent notamment le test obligatoire du VIH pour les travailleurs immigrants et la criminalisation des activités sexuelles chez les personnes séropositives n'ayant pas préalablement divulgué leur séropositivité à leur partenaire, dans la République de Maurice. La loi sur la notification obligatoire des partenaires, envisagée par l'Afrique du Sud, s'est aussi heurtée à une importante résistance. Des délégués du Zimbabwe ont souligné que la prostitution avait récemment été criminalisée en vertu de la *Sexual Offences Act*; et que les activités homosexuelles masculines demeureraient illégales. Des participants ont aussi mentionné que l'Angola allait procéder à un examen des droits

des personnes vivant avec le VIH/sida et que la Tanzanie envisageait une application plus rigoureuse des lois contre des pratiques comme l'héritage de veuves et le mariage de femmes d'âge mineur.

Tous les députés de l'Afrique du Sud ont signé un pacte de lutte contre le VIH/sida. Toutefois, puisque le South African All-Party Parliamentary Group on AIDS (un sous-comité du Health Portfolio Committee) n'a pas été fructueux, d'autres approches seront considérées. Le parlement de Tanzanie a créé une coalition de lutte contre le VIH à laquelle se sont joints presque tous les députés; elle est représentée par la Commission nationale sur le VIH/sida. Le Botswana dispose également d'un comité parlementaire sur le VIH/sida. Pour plus d'information, contacter l'adjointe de direction de la SADC, Takawira Musavengana (tmusavengana@sadcpf.org), ou consulter le site Web du Forum parlementaire de la SADC (www.sadcpf.org).

L'ACDI appuie financièrement des organismes juridiques du Kenya et de la Zambie

En mai 2002, l'Agence canadienne de développement international a approuvé l'octroi de 272 000\$ à un

projet du Réseau juridique canadien VIH/sida intitulé « Accroître la capacité de réagir à des questions de droit, d'éthique et de droits de la personne au Kenya et en Zambie ». Cette initiative accordera des fonds à des activités d'accroissement de la capacité pour le Kenyan Network on Ethics, Law and HIV (un projet du Kenya AIDS NGOs Consortium) et le Zambian AIDS Law Research and Advocacy Network (par le biais de l'Alliance internationale contre le VIH/sida). Ces activités comprendront de la recherche, la publication de documentation et l'organisation d'ateliers et séminaires sur des questions juridiques liées au VIH/sida. Le projet rehaussera également les liens entre le Réseau juridique et des organismes de la profession juridique au Kenya et en Zambie – particulièrement grâce à une assistance technique par des membres du Réseau, sur des questions identifiées par les partenaires africains. Pour plus d'information, joindre David Patterson (dpatterson@aidslaw.ca).

Atelier de formation et de promotion des intérêts dans le domaine paralégal

En mai 2002, le Zambian AIDS Law Research and Advocacy Network (ZARAN) a tenu un atelier national de formation et de promotion des intérêts dans le domaine paralégal,

dans l'objectif d'accroître la capacité d'organismes et d'individus de promouvoir des interventions de lutte contre le VIH/sida fondées sur les droits de la personne. Des étudiants de l'Université de Zambie et des représentants d'autres organismes, y compris le Network of Zambian People Living with HIV/AIDS, y ont participé. Les personnes ressources étaient notamment des conférenciers de l'Université de Zambie (Dr Alfred Chanda, Dr M. Munalula et le juge retraité K. Chanda), ainsi que Mwambo Mutale et Kaumbu Mwondela, de ZARAN. Michaela Figueira, de l'AIDS Law Unit, Legal Assistance Centre, Namibie, a fait état de perspectives internationales sur le sujet. Pour plus d'information, joindre Kaumbu Mwondela (<kaumbu@yahoo.com>).

Afrique du Sud : formation pour la magistrature

Les juges n'intègrent pas la charge publique libres de toute idéologie. Ils gravissent les échelons de la magistrature avec des ensembles de valeurs, d'idées préconçues, d'opinions et de préjugés intrinsèques et souvent solidement ancrés. Ces perceptions font inévitablement partie des décisions qu'ils prennent; elles constituent des « prémisses inarticulées » du raisonnement judiciaire.¹

La Law, Race and Gender Unit de l'Université de Cape Town, Afrique du Sud, a consacré six ans à l'élaboration de matériel et de programmes de formation pour accroître la capacité des administrateurs de la justice d'identifier les « prémisses inarticulées » dont il est question ci-haut. Une grande partie du travail a porté sur la race et les rapports entre les sexes. Toutefois, en 2002, l'unité a commencé à développer du matériel et un pro-

gramme de formation sur le VIH/sida à l'intention des juges de la Commission de la protection de l'enfant.

Ces juges sont responsables de l'application de la *Child Care Act*, qui traite par exemple du placement des enfants ayant besoin de soins. Ces juges et plusieurs autres intervenants ont exprimé des préoccupations à l'effet qu'ils étaient mal outillés pour faire face à l'impact du VIH/sida sur les enfants rencontrés dans l'exercice de leurs fonctions. Ils s'inquiétaient notamment de la façon de composer avec leurs propres préjugés et idées préconçues à l'égard du VIH/sida; de l'application du principe du « meilleur intérêt de l'enfant » (p.ex., le test du VIH chez les enfants avant leur placement); et de leur compréhension du droit dans le contexte du VIH/sida.

Du 6 au 8 mars 2002, un programme pilote de formation s'est déroulé à Pretoria. Il visait à offrir aux juges un premier aperçu de l'importance de reconnaître le contexte social dans lequel nous vivons et la façon dont celui-ci peut influencer les jugements portés. On a également procédé à un examen plus approfondi du thème du VIH/sida :

- en offrant aux participants de l'information récente et exacte à propos du VIH/sida;
- en travaillant en groupe pour identifier et aborder la discrimination et la stigmatisation fondées sur la séropositivité réelle ou perçue;
- en travaillant en groupe sur les droits de bien-être dans le contexte du VIH/sida, en particulier le test du VIH chez les enfants; et
- en offrant une mise à jour sur le VIH/sida et le droit.

Pour plus d'information ou pour obtenir des exemplaires du matériel de formation, joindre Paula Soggot

(<psoggot@law.uct.ac.za>) de la Law, Race and Gender Unit, ou Ann Strode (<Strodea@nu.ac.za>), consultante auprès de la Unit on HIV/AIDS and the Law.

Les juges n'intègrent pas la charge publique libres de toute idéologie.

Sud de l'Afrique : réunion régionale sur le VIH/sida, les droits de la personne et le droit

L'AIDS Law Unit du Legal Assistance Centre de Windhoek, en Namibie, planifie une réunion d'organismes œuvrant dans le domaine du VIH/sida, des droits de la personne et du droit en Afrique subsaharienne, en août ou septembre 2002. La rencontre offrira une tribune pour le partage d'expériences et d'idées et servira à établir un réseau régional d'organismes œuvrant dans le domaine. Les organismes de la région qui sont intéressés à s'impliquer dans cet événement peuvent joindre Michaela Figueira (mfigueira@lac.org.na).

¹ Juge Edwin Cameron de l'Afrique du Sud, cité dans Fedler, J. et Olckers, I., *Ideological Virgins and Other Myths: Six Principles for Legal Revisioning* (Justice College, 2001).

Une loi ukrainienne criminalise le travail du sexe

La criminalisation du travail du sexe en Ukraine soulève des préoccupations parmi les organismes qui travaillent auprès des travailleurs du sexe.

Le 1^{er} septembre 2001, la prostitution est devenue criminelle en Ukraine, à l'adoption du nouveau Code criminel. La prostitution relevait jusque-là du Code administratif et n'était passible que d'une petite amende; avec l'inclusion dans le Code criminel, elle emporte des peines plus lourdes (amendes, travaux communautaires ou peines d'emprisonnement).

Les changements sont présentés comme faisant partie d'un effort pour serrer l'étau sur les personnes qui font le « trafic » ou le recrutement de femmes, pour un commerce du sexe souvent non lucratif, habituellement à l'étranger. Cependant, des organismes de lutte contre le sida qui travaillent auprès de travailleuses du sexe craignent que leurs propres projets puissent être considérés comme des initiatives criminelles qui font la promotion de la prostitution, surtout s'ils créent des regroupements de personnes du commerce du sexe. Ils craignent aussi que la nouvelle loi pousse encore davantage dans la clandestinité les personnes qui font le commerce du sexe, ce qui les rendrait encore plus difficiles à joindre et nuirait à leur accès à des soins de santé et des services sociaux.

La législation pourrait aussi nuire grandement aux efforts qui visent à améliorer les attitudes des forces policières. Un programme de formation policière du British Council, en mars 2002, a révélé que les agents de police considéraient que la nouvelle loi avait été adoptée pour le bien des

travailleuses du sexe (puisqu'elle les empêcheraient prétendument d'infecter les clients « innocents »). Ils ont exprimé l'avis que si une femme est infectée, elle doit cesser de travailler.

Le ministre de la Santé et le département du procureur au sein du ministère l'Intérieur ont tous deux assuré que la prévention du VIH parmi les personnes qui font le commerce du sexe pourrait continuer comme par le passé, puisque les nouvelles lois s'appliquent à la prostitution systématique (les services sexuels réguliers et pen-

dant un certain temps, comme source de revenu unique ou d'appoint), et non aux aspects sociaux ou médicaux abordés par les projets en matière de VIH. Les personnes qui font le commerce du sexe sont mentionnées comme un groupe cible des interventions, dans la stratégie gouvernementale en matière de sida.

Les mécanismes de mise en œuvre de la loi restent à établir. À travers le pays, les responsables de projets indiquent n'avoir constaté jusqu'ici que peu de changements, voire aucun,

Peines pour la prostitution et les activités connexes

Le *Code criminel* de l'Ukraine, à l'article 303, prévoit les peines suivantes pour la prostitution et les activités connexes :

1. Prostitution systématique (échange de services sexuels contre profit) : passible d'une amende de 50 à 500 fois le salaire minimum avant impôt, ou jusqu'à 120 heures de travaux communautaires.
2. Coercition ou implication dans la prostitution par la force ou la menace de force, la destruction ou des dommages à la propriété, le chantage ou la fraude : passible d'une amende de 50 à 1 000 fois le salaire minimum avant impôt, ou six mois de détention provisoire, ou d'une à trois années en prison.
3. Actions citées aux alinéas 1 et 2, en relation avec des personnes d'âge mineur ou des groupes organisés : de trois à cinq ans de prison.
4. Agir comme « souteneur » (*pimp*), diriger un groupe organisé qui favorise la fourniture de services sexuels contre profit, à des hommes ou à des femmes, ou participer à l'activité d'un tel groupe : de cinq à sept ans de prison.

dans le comportement des commerçants et de la police, bien que certaines femmes aient dit que les clients se font un peu plus rares en raison de harcèlement policier.

La nouvelle loi ukrainienne est perçue à la fois comme une menace et comme une occasion d'aller au delà du modèle strictement médical de prévention du VIH. Le fait d'aborder les questions juridiques du travail du sexe peut rendre plus attrayants les services en matière de VIH/sida, pour les travailleuses du sexe; cela peut aussi ai-

der à vaincre le fatalisme et l'indifférence. En pratique, cette approche fonctionne mieux que seulement des ateliers sur le recours au condom, comme le reconnaissent déjà certaines agences.

Projets actuels auprès des personnes qui font le commerce du sexe

En 2001, l'International HIV/AIDS Alliance a soutenu 20 projets d'évaluation à participation communautaire, notamment des évaluations auprès

des travailleurs du sexe qui s'injectent des drogues. Le British Council et l'International Renaissance Foundation ont aussi récemment évalué huit programmes de services aux travailleurs du sexe. L'ONUSIDA, le Programme des Nations Unies pour le développement et la Counterpart Alliance for Partnership travaillent aussi auprès de ce groupe de population. Pour plus d'information : Lily Hyde (hyde@aidsalliance.kiev.ua).

Autres développements

Irlande – Entente d'indemnisation concernant les produits du sang contaminés au VIH

Le 11 avril 2002, le gouvernement irlandais a conclu une entente avec les hémophiles qui avaient contracté le VIH après avoir reçu des produits sanguins contaminés durant les années 1980 (et les parents des personnes qui en sont mortes). Une indemnisation globale avait été convenue en 1991. Le gouvernement avait alors payé 10 millions de livres en indemnisation; en échange les victimes reconnaissaient qu'il y avait responsabilité sans faute. En 1999, toutefois, le gouvernement avait reconnu que l'indemnisation globale était inadéquate et avait promis de prendre d'autres mesures. En mars 2002, certains

hémophiles et leurs parents avaient engagé des procédures judiciaires pour obtenir des indemnités additionnelles. Le règlement permet aux personnes qui ont contracté le VIH par des produits sanguins contaminés de demander une indemnisation au tribunal qui avait été créé en 1995 pour traiter les cas d'infection à l'hépatite C seulement. À ce jour, ce tribunal a instruit environ 1500 causes et accordé près de 300 millions de livres relativement aux cas d'hépatite C. Le tribunal instruira au cas par cas les demandes d'indemnisation pour les infections à VIH. Les partis d'opposition ont indiqué qu'ils ne s'opposeraient pas à l'entente.¹

¹ « Irish Government Makes Blood Deal », *Associated Press*, 11 avril 2002; K. Birchard. « Ireland agrees deal for infected haemophiliacs », *Lancet*, 2002, 359 : 1498; B. Lavery, « Ireland: Blood Victims Seek More Compensation », *New York Times*, 15 mars 2002.

LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX – CANADA

Cette rubrique présente un résumé de diverses décisions de tribunaux du Canada, concernant le VIH/sida ou susceptibles d'avoir une importance pour les personnes vivant avec le VIH/sida. Il y est question d'affaires criminelles et civiles. (Jusqu'à la parution du volume 6, numéro 2, les affaires criminelles étaient rapportées dans une section distincte.) Nous tentons de couvrir les affaires de manière aussi complète que possible, à partir de recherches effectuées dans les bases de données électroniques sur le droit au Canada ainsi que de reportages de médias canadiens. Les lecteurs sont invités à signaler d'autres affaires, dont ils auraient connaissance, à Ralf Jürgens, rédacteur en chef de la rubrique « Le VIH/sida devant les tribunaux », à <ralfj@aidslaw.ca>.

La Cour d'appel de l'Ontario reconnaît le droit constitutionnel à l'égalité des personnes qui reçoivent de l'aide sociale

Le 13 mai 2002, la Cour d'appel de l'Ontario a rendu une décision unanime dans l'affaire *Falkiner*. Elle a alors déclaré que la définition de « conjoint » dans la législation ontarienne sur l'aide sociale était inconstitutionnelle, parce qu'elle établit une discrimination fondée sur le sexe, l'état matrimonial et le statut de prestataire d'aide sociale.¹ Le jugement est important

pour les personnes qui vivent avec le HIV/sida, parce qu'une proportion considérable de celles-ci touchent des prestations d'aide sociale et sont victimes de discrimination pour ce motif.

En 1995 la définition de « conjoint » (*spouse*) a été modifiée dans les règlements adoptés en vertu de la *Loi sur les prestations familiales*² de l'Ontario.

(La même définition a été adoptée en substance dans des textes de loi subséquents, notamment dans les règlements adoptés en vertu de la *Loi sur le programme Ontario au travail*³ et de la *Loi sur le programme ontarien de soutien aux personnes handicapées*.⁴) Selon la nouvelle définition, une personne de sexe opposé qui partage un logement avec une personne qui reçoit ou demande de l'aide sociale est

présumée être un conjoint de cette personne dès qu'elles commencent à vivre ensemble, à moins de preuve contraire. Auparavant, la présomption s'appliquait seulement après trois ans. Des modifications ont été adoptées récemment pour que les conjoints de même sexe soient également assujettis à ces dispositions.⁵

À cause de ces modifications, Sandra Falkiner a perdu (comme plusieurs autres personnes) son admissibilité à l'aide sociale comme parent seul soutien de famille. Tant qu'elle continuerait à vivre avec un homme, elle serait considérée comme la conjointe de cet homme et comme dépendante de son revenu pour sa survie et celle de son enfant.

Sandra Falkiner et trois autres femmes dans la même situation ont interjeté appel de la décision auprès du Comité d'examen de l'aide sociale, qui a accueilli l'appel. Le gouvernement provincial a porté cette décision en appel, mais la Cour divisionnaire a rejeté l'appel.⁶

Un nouvel appel du gouvernement a également été rejeté. La Cour d'appel de l'Ontario a jugé que la définition de conjoint violait l'article 15 de la *Charte canadienne des droits et libertés*, la disposition concernant les droits à l'égalité. L'article 15 interdit à l'État toute forme de discrimination fondée sur un des motifs énumérés et des motifs « analogues » aux motifs énumérés. La Cour a conclu que la définition de conjoint dans la législation sur l'aide sociale de la province violait l'article 15 à trois titres.

La Cour a jugé qu'il y avait discrimination fondée sur le sexe, un motif énuméré. Les statistiques démontrent que près de 90 pour cent des personnes qui ont perdu leurs prestations à cause de la nouvelle définition de conjoint étaient des femmes, alors que seulement 54 pour cent des pres-

tataires d'aide sociale étaient des femmes. Ces chiffres indiquent clairement un effet disproportionné au détriment des femmes.

La Cour a également conclu que la nouvelle définition était discriminatoire sur le plan de l'état matrimonial. Les couples mariés reçoivent des prestations unitaires qui reflètent leur situation économique réelle, tandis que les parents uniques dans la situation de Sandra Falkiner sont évalués selon des critères qui ne reflètent pas adéquatement leur situation économique. Un arrêt antérieur avait reconnu que l'état matrimonial était un motif analogue aux motifs énumérés à l'article 15.⁷

Troisièmement, ce qui est peut-être le plus important, la Cour a jugé que la définition était discriminatoire envers les prestataires d'aide sociale. Il s'agit également d'un motif analogue à ceux énumérés à l'article 15. Le statut de prestataire d'aide sociale n'avait pas été reconnu auparavant comme motif de discrimination analogue selon l'article 15 en droit canadien. La décision pourrait donc représenter un progrès important dans la lutte contre la discrimination fondée sur la pauvreté.

La Cour a de plus conclu que la violation des droits à l'égalité de Sandra Falkiner n'était pas justifiée par l'article 1 de la *Charte*, qui permet au gouvernement de restreindre certains droits prévus par la *Charte* « dans des limites qui soient raisonnables [...] dans le cadre d'une société libre et démocratique ».

Le gouvernement soutenait que deux objectifs étaient rattachés à sa définition : celui de traiter de la même façon les couples mariés et les couples non mariés, et celui de distribuer les fonds publics aux personnes qui en ont le plus besoin en faisant en sorte que les personnes dans le

besoin utilisent des ressources privées avant d'avoir recours à l'aide sociale. La Cour a reconnu qu'il s'agissait là d'objectifs « urgents et réels ».

Cette décision pourrait représenter un progrès important dans la lutte contre la discrimination fondée sur la pauvreté.

Cependant, le gouvernement devait également prouver que les moyens choisis pour atteindre ses objectifs étaient proportionnels à ses fins. En ce sens, il doit démontrer trois choses : (1) que la définition de conjoint a « un lien rationnel » avec les deux objectifs qu'il a formulés; (2) que la définition porte le moins possible atteinte aux droits à l'égalité de Sandra Falkiner; et (3) que les effets positifs de la définition prévalent sur ses effets négatifs. La Cour a jugé que le gouvernement avait échoué dans les trois cas.

Premièrement, la Cour a dit que la définition de conjoint avait une portée excessive, car elle « traite comme des conjoints des personnes qui n'ont pas une relation de type marital parce qu'elles n'ont pas le degré d'interdépendance financière voulu » [trad.]. À cause de sa portée excessive, la définition n'avait pas de lien rationnel avec l'objectif du gouvernement de traiter les conjoints mariés et non mariés de la même façon.

Deuxièmement, la définition dont la portée est excessive ne respecte pas le critère de l'atteinte minimale. La définition

[n]e tient pas raisonnablement compte de l'interdépendance financière qui caractérise les relations maritales. Elle semble plutôt conçue pour englober les relations à l'essai comme celles des intimées, où le couple partage certaines dépenses mais n'a aucune obligation de soutien mutuel et aucune interdépendance financière sérieuse. Puisque ces relations ne sont pas maritales, la définition ne porte pas atteinte de manière minimale aux droits à l'égalité des intimées. [trad.]⁸

Finalement, la Cour a jugé que les effets négatifs de la définition dépassent ses effets positifs :

[L]e seul effet positif de la définition est la réduction des coûts. Les effets négatifs sont considé-

rables et comprennent le renforcement de la dépendance, la perte de l'indépendance financière et l'ingérence de l'État dans les relations personnelles. J'en arrive donc à la conclusion que le gouvernement n'a pas satisfait à son obligation de justifier la violation de l'article 15 de la *Charte*. [trad.]⁹

La Cour a rejeté l'appel, a confirmé le jugement de la Cour divisionnaire, qui avait déclaré la définition de conjoint inconstitutionnelle et par conséquent sans effet. À l'époque de la rédaction du présent article, on ne savait pas encore si le gouvernement de l'Ontario allait interjeter appel de cette décision à la Cour suprême du Canada.

— John Nelson

John Nelson est un étudiant en stage à la HIV & AIDS Legal Clinic Ontario (HALCO). Pour plus d'information, communiquez avec Richard Elliott, du Réseau juridique canadien VIH/sida, à relliott@aidslaw.ca.

¹ *Falkiner c. Ontario (Minister of Community and Social Services, Income Maintenance Branch)* (2002). Non publié au moment de la rédaction (disponible à www.ontariocourts.on.ca/decisions/2002/may/falkinerC35052.htm).

² L.R.O. 1990, ch. F2.

³ L.O. 1997, ch. 25, Ann. A.

⁴ L.O. 1997, ch. 25, Ann. B.

⁵ Règ. Ont. 33/00, entré en vigueur le 1^{er} mars 2002.

⁶ *Falkiner c. Ontario (Minister of Community and Social Services, Income Maintenance Branch)* (2000), 188 D.L.R. (4th) 52 (C. div. Ont.), [2000] O.J. No 2433 (Q.L.).

⁷ *Miron c. Trudel*, [1995] 2 R.C.S. 418.

⁸ *Falkiner c. Ontario (Minister of Community and Social Services, Income Maintenance Branch)*, *supra*, note 6, par. 110.

⁹ *Ibid.*, par. 111.

Sang et produits sanguins : Le rejet par le ministre d'une demande d'aide extraordinaire est confirmé

En avril 2002, la Cour fédérale du Canada a décidé que le ministre fédéral de la Santé n'avait pas le pouvoir d'accorder une indemnisation en vertu du Régime d'aide extraordinaire, à moins qu'un comité médical indépendant conclue que le demandeur avait contracté le VIH parce qu'il avait reçu du sang ou des produits sanguins contaminés au Canada entre 1978 et 1989.¹

Le Régime d'aide extraordinaire (RAE) a été établi en 1990 pour procurer une aide financière aux personnes qui ont contracté le VIH en recevant du sang ou des produits sanguins entre 1978 et 1989. Le Régime a été établi par un décret qui donnait au ministre de la Santé la discrétion d'accorder une aide financière lorsqu'il était démontré, « au moyen d'un

examen médical indépendant », que la personne qui en faisait la demande avait reçu du sang ou des produits du sang entre 1978 et 1989 et était devenue séropositive au VIH en conséquence.

Robert Thompson a demandé de l'aide en vertu du RAE en juillet 1997, pour le motif qu'il avait contracté le VIH par des transfusions

sanguines qu'il avait reçues dans le traitement de sa leucémie. Il n'a appris le fait qu'en 1993, et jusqu'en 1997 il ne connaissait pas l'existence du RAE. Plus de dix années se sont donc écoulées depuis la rémission de sa leucémie au milieu des années 1980.

Un comité médical indépendant a conclu qu'il n'y avait pas de preuve objective que monsieur Thompson avait reçu du sang en 1978 ou 1979, ou entre le début et le milieu des années 1980, ni qu'il avait été infecté à cause de transfusions sanguines.² En juin 1999, le ministre a refusé sa demande. Robert Thompson a présenté à

la Cour fédérale du Canada une demande de révision judiciaire de la décision du ministre.

Robert Thompson soutenait qu'il était injustement pénalisé parce que les hôpitaux où il avait reçu des transfusions sanguines ne conserveraient pas leurs dossiers au-delà de sept ans et qu'en conséquence il ne pouvait présenter ces dossiers en preuve. Il soutenait également qu'on n'avait pas accordé suffisamment de poids à son témoignage et à celui de membres de sa famille.

De leur côté, le procureur général du Canada et le ministre de la Santé alléguaient que, puisqu'un comité médical indépendant avait conclu qu'il n'existait pas de preuve objective digne de foi que monsieur Thompson avait reçu du sang ou des produits sanguins au Canada durant la période pertinente, le ministre n'avait aucun fondement pour accorder l'indemnisation.³

Le juge a accepté les arguments des défendeurs et a conclu que « en l'absence d'une recommandation positive de la part d'un comité médical indépendant ... le mécanisme de la discrétion du ministre n'a pas été enclenché » [trad.].⁴ En d'autres termes, le ministre n'a pas le pouvoir d'accorder d'aide, à moins que le comité médical ne conclue que la personne a été infectée par une

transfusion à l'époque pertinente. Cela semble avoir pour conséquence que les mains du ministre sont liées, peu importe la façon dont le comité médical arrive à sa conclusion.

Quoi qu'il en soit, la Cour n'a pas jugé que l'exercice de la discrétion du ministre devait être infirmé. S'appuyant sur des arrêts antérieurs,⁵ la Cour a conclu que le critère adéquat pour justifier la révision judiciaire, dans les cas où la décision relevait de la discrétion du ministre, était son « caractère manifestement déraisonnable » – c'est-à-dire que les tribunaux interviendront dans les seuls cas où la décision est manifestement déraisonnable.

De l'avis de la Cour, en l'absence d'une recommandation positive du conseil médical, la décision du ministre de refuser la demande de Robert Thompson n'était pas manifestement déraisonnable. La Cour a qualifié le rapport du comité médical d'« exhaustif » et fondé sur « un examen détaillé de la preuve et des renseignements présentés par le demandeur, et d'autres informations demandées » par le comité.⁶

La Cour a déclaré que « [l]a décision [du comité médical] de recommander le rejet de la demande du demandeur n'est pas, à mon avis, déraisonnable » [trad.]⁷ et par conséquent la décision du ministre fondée

sur la recommandation du conseil n'était pas manifestement déraisonnable.

La Cour n'a cependant pas tenu compte de l'argument principal de Robert Thompson, selon lequel la preuve médicale dont il avait besoin n'était pas disponible, sans qu'il ait commis aucune faute, parce que les hôpitaux n'avaient pas conservé les dossiers; il était injuste que l'indemnisation lui soit refusée pour ce motif. Il pourrait être allégué en appel, ou dans une affaire semblable à l'avenir, que cela rend la recommandation du comité médical irrégulière, et qu'il est manifestement déraisonnable de la part du ministre de refuser une demande fondée sur ce type de recommandation.

- John Nelson

¹ *Thompson c. Attorney General of Canada & Minister of Health*, 2002 FCT 450, [2002] FCJ No 615 (QL), (disponible à <http://decisions.fct-cf.gc.ca/fct/2002/2002fct450.html>).

² *Ibid.*, par. 28.

³ *Ibid.*, par. 35-36.

⁴ *Ibid.*, par. 42.

⁵ *Baker c. Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration)*, [1999] 2 R.C.S. 817; *BC Landscape and Nursery Association Ltd. et al. c. Canada (Attorney General)* (2000), 186 F.T.R. 62 (TD).

⁶ *Ibid.*, par. 48 et 49.

⁷ *Ibid.*, par. 51.

Droit criminel et transmission du VIH ou exposition : une nouvelle affaire

L'évolution des poursuites au criminel pour l'exposition au VIH ou sa transmission sont l'objet d'une rubrique régulière.¹ Depuis le numéro précédent de la *Revue*, nous avons pris connaissance d'un nouveau cas.

Peine d'un an pour avoir craché

En mai 2002, un détenu séropositif au VIH a été condamné à une année supplémentaire en prison pour avoir craché aux yeux d'un agent correctionnel. Il a plaidé coupable à une accusation de voies de fait contre un agent de la paix à la fin de février

2002, dans l'établissement Bowden (Alberta).² Au moment d'aller sous presse, la décision sur la sentence n'avait pas été répertoriée.

¹ Voir, p. ex., R. Elliott, « Droit criminel et transmission du VIH ou exposition : trois nouvelles affaires », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 6(3) : 73-76.

² « HIV-positive prisoner sentenced for spitting », *Globe & Mail*, 10 mai 2002, p. A7.

LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX - JURISPRUDENCE INTERNATIONALE

Nous présentons dans cette rubrique un résumé d'arrêts importants de la jurisprudence internationale relatifs au VIH/sida ou qui revêtent de l'importance pour les personnes qu'il affecte. Cette chronique porte sur des affaires civiles et pénales. (Jusqu'au numéro 1-2 du vol. 6 de la *Revue*, nous placions les affaires pénales dans une rubrique distincte.)

Alors que nous tentons de faire un compte rendu exhaustif des affaires canadiennes, la couverture des affaires internationales est sélective. Seuls les arrêts importants ou les jugements qui font jurisprudence sont inclus, dans la mesure où ils sont portés à l'attention de la *Revue*. La couverture de la jurisprudence américaine est très sélective. On trouve des comptes rendus d'arrêts américains dans la revue *AIDS Policy & Law* et dans *Lesbian/Gay Law Notes*. Les lecteurs sont invités à signaler d'autres affaires, dont ils auraient connaissance, à Ralf Jürgens, rédacteur en chef de cette rubrique, à <ralfj@aidslaw.ca>.

Enfant séropositif au VIH placé sous tutelle judiciaire après un refus de traitement antirétroviral par son père

En 1999, nous faisons état de quelques cas, au Canada, aux États-Unis et au Royaume-Uni, dans lesquels les autorités de protection de l'enfance avaient contesté des décisions parentales de refus d'un test du VIH ou de traitements pour leurs enfants.¹

Le présent article relate un développement dans une de ces affaires. Le 10 mai 2002, la Haute cour britannique a entendu les représentations relativement à l'avenir d'une fillette de trois ans qui vit avec le VIH et qui a été fait pupille sous tutelle de la cour après le re-

fus de son père d'autoriser qu'elle soit traitée avec des antirétroviraux.²

En 1999, la fillette était amenée en Australie par ses parents, qui refusaient qu'on lui administre un test du VIH, en dépit d'ordonnances de la

cour. La mère, séropositive, avait elle-même refusé de prendre des antirétroviraux et de s'abstenir d'allaiter l'enfant pour réduire la probabilité de lui transmettre le VIH. Après une première ordonnance de la Haute cour à l'effet qu'ils devaient permettre que l'enfant subisse un test du VIH, les parents ont intenté un appel mais ont soudainement quitté le Royaume-Uni (R.-U.) pour éviter la situation et ils ne se sont pas présentés à l'audition de leur demande. La Cour d'appel a maintenu l'ordonnance initiale enjoignant aux parents de permettre qu'un test du VIH soit administré à leur enfant.³

La mère est décédée d'une maladie liée au sida, en octobre 2001 pendant le séjour en Australie. Les autorités de protection de la jeunesse ont alors entamé des procédures judiciaires pour obtenir que l'enfant soit placée sous leur garde, après le refus du père qu'on administre des antirétroviraux à la fillette. Le père s'est enfui avec elle mais a été appréhendé par la police. Un test du VIH a révélé que l'enfant était séropositive. Le médecin a conseillé un traitement antirétroviral, mais le père a refusé en se disant préoccupé par la toxicité des médicaments.

Le 7 mai 2002, la fillette de trois ans est retournée au Royaume-Uni avec son père, après qu'un tribunal australien ait jugé qu'il serait du meilleur intérêt de la fillette d'y retourner. Pendant le séjour en Australie, la fillette avait été désignée pupille sous tutelle judiciaire [au R.-U.], comme suite à une demande du Camden council, le conseil d'une région au nord de Londres où la

famille avait vécu. Des représentants du tribunal ont rencontré le père et sa fillette à l'aéroport et ont pris la garde de cette dernière, qui a été amenée à l'hôpital pour une évaluation de son état.

Le 10 mai 2002, la cour a autorisé que la fillette vive avec son père. Cependant, elle demeurera sous la tutelle de la cour, possiblement jusqu'à son 18^e anniversaire. En conséquence, la cour aura le mot dernier final sur toute décision parentale.⁴

L'évaluation initiale a révélé que la fillette n'était peut-être pas aussi malade qu'on l'avait cru. Si les médecins ne recommandent pas un traitement avec des médicaments antirétroviraux, il se peut qu'il n'y ait pas de dispute à propos de son traitement. Si toutefois ils affirment qu'un traitement antirétroviral est dans le meilleur intérêt de la fillette et que son père s'y oppose toujours, il y aura une dispute. Dans de tels cas, où les parents et les médecins ne s'entendent pas sur le traitement médical qui constitue le meilleur intérêt d'un enfant, tous les efforts sont faits pour parvenir à un consensus. Si cela s'avère impossible, la décision appartiendra au tribunal.⁵

Au Royaume-Uni, les parents ont généralement le droit de prendre les décisions médicales pour leurs enfants, mais un tribunal peut constater qu'un enfant est « négligé sur le plan médical » et ordonner un traitement. « Un parent prend les décisions pour son enfant d'après l'hypothèse qu'il est le meilleur gardien des intérêts de ce dernier, mais s'il est démontré que ce n'est pas le cas, alors il n'a pas de rôle à y jouer. » [trad.]⁶

- John Nelson

John Nelson est un étudiant en stage à la HIV & AIDS Legal Clinic Ontario (HALCO). Pour plus d'information, communiquez avec Richard Elliott, du Réseau juridique canadien VIH/sida, à relliott@aidslaw.ca.

¹ R. Elliott, « Test du VIH et traitements d'enfants », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1999, 5(1) : 1, 3-9.

² C. Dyer, « Judge's ruling sought over three-year-old HIV girl », *Guardian*, 11 mai 2002.

³ *In re C (a Child) (HIV test)*, [1999] TNLR No 652 (QL), [2000] Fam 48, [2000] 2 WLR 270, conf. dans *Re C (a Child)*, [1999] EW No 4861 (UK CA Civ Div) (QL), cité dans Elliott, *supra*, note 1.

⁴ C. Dyer, « HIV positive girl made ward of court after father refuses to allow her treatment », *British Medical Journal*, 2002, 324 : 1178 (18 mai).

⁵ *Ibid.*

⁶ John Harris, professeur de bioéthique, University of Manchester, cité dans le *Kaiser Daily HIV/AIDS Report*, 8 mai 2002.

Un tribunal anglais confirme l'interdiction de publication de l'identité d'un travailleur de la santé séropositif

Dans le dernier numéro de la *Revue*, nous avons rapporté le cas d'un professionnel de la santé séropositif qui avait engagé au Royaume-Uni une poursuite pour empêcher le National Health Service d'informer ses anciens patients qu'il était séropositif.¹ En février 2002, la *Court of Appeal for England and Wales (Civil Division)* a confirmé une ordonnance de non-publication de son nom et de celui du service de santé pour lequel il travaillait.²

Un professionnel de la santé, « H », a eu un sérodiagnostic positif pendant qu'il était à l'emploi du service de santé, « N ». Pour appliquer une politique qui consistait à aviser les patients dans cette situation, N a demandé à H de lui fournir les noms et adresses de ses patients, de même que leurs dossiers médicaux.

H croyait que ses patients n'avaient pas été exposés à un risque suffisant pour justifier cette mesure, et il ne voulait pas que sa séropositivité soit divulguée. Il a engagé une procédure contre le service de santé, dans le but de faire déclarer que la notification envisagée des patients était illégale. Avant d'entreprendre son action, il a obtenu une injonction qui interdisait au service de santé de dévoiler son identité et le nom du service pour lequel il avait travaillé.

Quand H a appris qu'un journal, propriété des Associated Newspapers Ltd. (ANL), voulait publier un article sur l'affaire, il a engagé une procédure contre le journal. En novembre 2001, il a obtenu une injonction interdisant la publication d'informations susceptibles de conduire à son identification.

ANL a demandé à la High Court d'annuler les deux ordonnances de non-publication, pour le motif que celles-ci violaient la liberté de la presse, et de lui donner la permission de nommer le service de santé, de révéler la spécialité de H et d'indiquer la date approximative où celui-ci avait eu son diagnostic. En décembre 2001, le juge a remplacé les deux ordonnances précédentes par une ordonnance qui interdisait à ANL de révéler l'identité de H, ses déplacements ou sa spécialité, mais qui autorisait la publication du nom du service de santé où il travaillait.³

H a interjeté appel de cette ordonnance. La Cour d'appel a annulé en partie l'ordonnance du tribunal inférieur. Elle a convenu que le nom de H et celui du service de santé ne devaient pas être révélés, mais elle a jugé que le journal pouvait publier sa spécialité. La Cour a examiné la probabilité que l'identité de H puisse être déduite de l'information publiée. Selon la Cour, si le nom du service de santé était révélé, plusieurs patients inquiets appelleraient pour s'enquérir de leur risque d'exposition, et, dans le

processus, l'identité de H deviendrait évidente. Cependant, la seule mention de la spécialité de H ne permettrait vraisemblablement pas de révéler son identité.

L'action initiale de H est toujours pendante; il reste donc à la Cour à déterminer si la pratique de la notification des patients, que le service de santé souhaite poursuivre, est légitime.

- John Nelson

¹ Voir « R.-U. Ordonnance de non-publication dans une affaire impliquant un professionnel de la santé séropositif », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 6(3) : 86.

² *H (A Healthcare Worker) c. Associated Newspapers Ltd* (2002) EWCA Civ 195, [2002] EWJ No 829 (QL).

³ *Supra*, note 3.

Un tribunal du R.-U. juge que le gouvernement a refusé à tort l'aide au logement à une femme séropositive

En mars 2002, la High Court of Justice a déclaré que les municipalités ont l'obligation d'utiliser leurs pouvoirs pour accorder de l'aide quand le refus de le faire violerait les droits d'une personne selon la *Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales*.¹

« J », originaire du Ghana, est arrivée au Royaume-Uni en février 1995. Elle a prolongé son séjour au-delà de l'expiration de son visa, et elle a donné naissance à un enfant en février 2000. Elle a eu un sérodiagnostic positif au VIH pendant des soins prénataux. Après la naissance de sa fille (qui n'a pas l'infection à VIH), J est tombée malade et a été hospitalisée trois mois. Elle avait vécu au même endroit depuis peu de temps après son arrivée, mais on lui a dit en 2001 qu'elle devait déménager.

Comme elle n'avait nulle part où aller et que son revenu était minime, elle a présenté à l'administration locale une demande d'aide au logement ou d'aide financière qui servirait à payer un dépôt et le premier mois de loyer, de même qu'une partie du loyer par la suite. Sa demande a été rejetée; elle a présenté une requête en révision judiciaire.

J a invoqué le *National Assistance Act 1948* (NAA), qui oblige les administrations locales à accorder une aide au logement (art. 21). Elle a également invoqué le *Children's Act 1989*, qui impose aux administrations locales l'obligation de protéger les enfants dans le besoin et de favoriser le maintien de ces enfants dans leurs familles en leur offrant divers services adaptés

à leurs besoins (art. 17). Elle a également soutenu que le défaut de lui accorder l'aide au logement portait atteinte à son droit au respect du foyer et de la vie de famille reconnu par la *Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales* (art. 8). Selon le *Human Rights Act 1998* (HRA) du Royaume-Uni, les lois doivent être interprétées de manière à donner effet aux droits protégés par cette convention internationale.

L'administration locale a fondé ses arguments sur l'article 21(1A) du NAA et l'article 115 du *Immigration and Asylum Act 1999* (IAA). L'effet combiné de ces dispositions est d'exclure les personnes dont le statut est analogue à celui de J au regard de l'immigration (c'est-à-dire qui ont prolongé leur séjour au-delà de l'expiration de leur visa) des programmes d'aide au logement si leur besoin découle uniquement du fait qu'elles sont démunies. Selon la définition, il s'agit soit de personnes qui n'ont pas de logement adéquat ou qui n'ont pas les moyens d'en obtenir, soit de personnes qui ont un logement adéquat mais qui n'ont pas les moyens de satisfaire leurs autres besoins essentiels.

L'administration locale a jugé que J n'était pas suffisamment malade

Cette décision est un apport important au domaine des droits de la personne : elle oblige un gouvernement à exercer son pouvoir d'accorder de l'aide financière ou autre, pour donner effet à des droits énoncés dans un traité international sur les droits de la personne.

pour nécessiter des soins et de l'attention de manière pressante. Elle a conclu que son besoin d'aide découlait seulement du fait qu'elle était démunie, et par conséquent qu'aucune aide ne pouvait lui être accordée.

En présentant sa demande initiale, J n'avait pas fourni de preuve médicale solide concernant sa maladie. Toutefois, elle avait plus tard présenté des dossiers médicaux très étoffés, et l'administration avait continué de soutenir qu'elle n'était pas admissible à l'aide au logement. Le juge a déclaré que, compte tenu de la nouvelle preuve

médicale, l'administration avait eu tort de conclure que « le risque pour sa santé n'était pas imminent ». Le juge a conclu que le besoin d'aide de J ne découlait pas uniquement du fait qu'elle était démunie, mais également de son état de santé. Par conséquent, l'administration locale n'avait pas exercé son pouvoir correctement selon le NAA. Sa décision originale a été annulée et le juge lui a ordonné de la reconsidérer.

La Cour a décidé que les dispositions du *Children Act 1989* ne donnaient pas à l'administration locale le pouvoir de fournir une aide financière à J pour qu'elle et sa fille puissent avoir un logement. Le seul moyen de procurer un logement à un enfant était de prendre l'enfant en tutelle, et donc de le séparer de sa famille.

Dans la perspective d'avoir à déclarer certains articles des lois du Royaume-Uni incompatibles avec la *Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des*

libertés fondamentales, la Cour a invité le gouvernement à présenter des observations. Pour éviter ce type de jugement, le gouvernement a allégué que, selon les pouvoirs confiés à l'administration locale par un autre texte de loi, le *Local Government Act 2000* (LGA), celle-ci disposait d'un autre moyen de donner effet aux droits de J au respect du foyer et de la vie de famille. Le LGA (art. 2) confère des pouvoirs étendus aux administrations locales, notamment, « pour accorder de l'aide financière à toute personne ».

La Cour a conclu que, peu importe que J ait été ou non admissible à l'aide prévue par le NAA, le LGA donnait à l'administration locale le pouvoir de lui accorder une aide financière. De plus, l'administration locale avait l'obligation de le faire dans les circonstances, puisque le refus constituait une violation du droit de J au respect du foyer et de la vie de famille reconnu par l'article 8 de

la *Convention*. L'administration locale a reconnu que le défaut d'accorder l'aide demandée portait atteinte aux droits de J et de sa fille reconnus par l'article 8.

Cette décision peut avoir des conséquences importantes pour plusieurs personnes vivant avec le VIH/sida qui sont demeurées au Royaume-Uni après l'expiration de leur visa. Par ailleurs, elle constitue un apport important au domaine des droits de la personne, en ce qu'elle oblige un gouvernement à exercer son pouvoir d'accorder de l'aide financière ou autre de manière à donner effet à des droits qui prennent leur source dans un traité international sur les droits de la personne.

L'administration locale pourrait en appeler de ce jugement.

- John Nelson

¹ *J. c. Enfield London Borough*, [2002] EWHC 432 (Admin), [2002] EWJ No 1164 (QL).

El Salvador – Des militants contestent la loi autorisant le test du VIH pré-embauche

Le 24 octobre 2001, la législature nationale du Salvador a entériné une loi qui permet aux employeurs d'imposer des tests du VIH aux candidats avant l'embauche – bien qu'elle interdise par ailleurs aux employeurs d'exercer de la discrimination contre les candidats trouvés séropositifs.

L'article 16 de la *Loi sur la prévention et le contrôle de l'infection causée par le virus de l'immuno-déficience humaine* (décret no 588) renferme une interdiction générale de test obligatoire du VIH, mais elle l'autorise dans les cas désignés par l'article 31(10) du Code du travail,

qui stipule que « sur demande d'un employeur ou d'autorités administratives, un travailleur doit subir un examen médical, lorsque requis, afin de vérifier son état de santé » [trad.]. La nouvelle loi stipule aussi que le test obligatoire du VIH est permis « lorsqu'il est requis » par une autorité compé-

tente « à des fins légales et pénales » (art. 16).

Le projet de loi n'incluait pas cette disposition au moment de son dépôt à la législature par le ministère de la Santé; elle a été ajoutée par des députés du parti ARENA, qui est au pouvoir et qui jouit d'une majorité à la chambre législative.

Le test obligatoire du VIH avant l'embauche contrevient directement au « Recueil de directives pratiques

sur le VIH/sida et le monde du travail » adopté en 2001 par l'Organisation internationale du travail¹ ainsi qu'aux *Directives internationales sur le VIH/sida et les droits de la personne*.²

Le 30 novembre 2002, le militant Odir Miranda, de l'Atlatatl Association (un groupe de défense des droits des personnes vivant avec le VIH/sida), avec le soutien de la Fundación de Estudios para la Aplicación del Derecho (FESPAD – Fondation pour l'étude du droit appliqué), a intenté une contestation devant la Cour suprême du pays (chambre constitutionnelle) visant l'article qui permet aux employeurs d'imposer le test du VIH avant l'embauche.

Les plaignants soutiennent que cette disposition viole la Constitution du pays ainsi que le *Pacte international sur les droits civils et politiques* et la *Convention américaine sur les droits de la personne*. Ils soulignent que la loi viole l'intégrité physique et la vie privée en permettant l'administration de tests obligatoires. Par ailleurs, ils soutiennent que la soi-disant interdiction aux employeurs d'exercer de la discrimination contre les individus qui auraient un résultat positif au test du VIH n'offre que peu de protection concrète et sera futile.

La contestation était en instance de jugement au moment d'aller sous presse. Cependant, à la fin d'avril 2002, l'Atlatatl et d'autres organismes membres de l'Alliance de la loi sur le VIH/sida (*Alianza de la Legislación en VIH/sida*) ont déposé 30 plaintes mettant en cause la constitutionnalité de la disposition sur le test du VIH pré-embauche.³

L'avocat qui représente les militants a indiqué que d'autres contestations judiciaires étaient prévues.⁴

Les objectifs invoqués pour justifier la loi sont ceux de prévenir et de contrôler le VIH, d'en réglementer le traitement, de définir les obligations des personnes vivant avec l'infection à VIH et d'établir une politique nationale en matière de soins pour le VIH/sida (incluant la création de la Commission nationale contre le sida). La législation comporte d'autres éléments dignes de mention – dont certains sont positifs, mais dont plusieurs autres constituent de graves atteintes aux droits de la personne. Les principales dispositions sont notamment les suivantes :⁵

- La loi affirme que les personnes vivant avec le VIH/sida, les membres de leur famille et leurs connaissances ont le droit de ne pas subir de discrimination et de stigmatisation (art. 4).
- La loi n'établit pas un accès universel au test volontaire du VIH. Elle reconnaît cependant à toute personne vivant avec le VIH/sida le droit de recevoir « des soins de santé et des traitements médicaux, chirurgicaux et psychologiques », un « counselling en temps opportun et de manière équitable » ainsi que des « mesures préventives qui réduisent le progrès de l'infection » (art. 5). Le préambule de la loi stipule que l'État a l'obligation de fournir gratuitement une assistance aux personnes malades qui manquent de ressources et aux résidents, en général, lorsqu'un traitement est efficace pour prévenir la transmission d'une maladie contagieuse. Il reste à voir si la loi sera utile pour assurer l'accès aux médicaments (notamment aux antirétroviraux) et à d'autres éléments cruciaux des soins de santé aux personnes vivant avec le VIH/sida dans ce pays.
- Dans la même veine, la loi affirme le droit de toute personne vivant avec le VIH/sida à la confidentialité, à la non-discrimination dans l'emploi et l'éducation ainsi qu'à la participation aux activités civiques, sociales, culturelles, religieuses, sportives, politiques et d'autres domaines, permises par la loi (art. 5). La loi fait expressément référence aux droits des enfants et des adolescents qui vivent avec le VIH/sida, notamment en ce qui concerne l'obligation de l'État de favoriser et de soutenir la création de maisons d'accueil et de centres d'aide à l'intention de ces jeunes, de même que d'assurer une nutrition, une attention médicale ainsi qu'une aide psychologique adéquates, ou d'autres mesures d'aide au besoin (art. 8). La loi ne fait mention d'aucun autre groupe vulnérable.
- La loi stipule que toute personne, en particulier les personnes vivant avec le VIH/sida, « est obligée » d'agir « de manière responsable » dans ses relations sexuelles, en utilisant les « méthodes adéquates [pour] réduire les risques de transmission » (art. 9). Toute personne qui découvre qu'elle est séropositive au VIH est tenue par la loi d'en faire part à son ou ses partenaire(s) régulier(s) ou occasionnel(s), passé(s) ou actuel(s) (art. 28).
- La loi interdit par ailleurs aux personnes vivant avec le VIH/sida, non seulement le don d'organes, du sang et de tissus corporels, mais aussi l'allaitement de nouveau-nés, « excepté à des fins de recherche ». De plus, toute personne qui fait un « usage indu, imprudent ou négligent » de fluides corporels

et qui cause ainsi l'infection d'une autre personne est passible d'une sentence en vertu du Code pénal (art. 10). Cette disposition soulève la question de savoir si une mère séropositive qui allaite son enfant serait passible d'accusations pénales, et la question de savoir si le gouvernement veillera à ce que des mesures de rechange à l'allaitement soient fournies.

- La loi requiert qu'une personne séropositive déclare son état aux professionnels de la santé qui la soignent, et que ses proches parents ou ses connaissances le fassent pour elle si elle est incapable de le faire (art. 28). Les professionnels de la santé qui sont séropositifs et qui pratiquent des interventions médicales propices à transmettre le VIH sont tenus non seulement d'avoir recours aux

précautions universelles, mais aussi de déclarer leur état à leur employeur afin d'être muté à un travail dépourvu de risque (art. 29).

- La loi affirme que les détenus ont le droit d'accès à de l'information au sujet de la prévention du VIH, mais elle ne précise aucun droit à des condoms ou à d'autres moyens de prévention. Les détenus ont aussi le droit de recevoir les soins médicaux et d'hôpitaux nécessaires à leur état, dans des conditions respectueuses de la dignité de leur personne (art. 26).

– Richard Elliott

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

¹ Disponible sur le site Web du Programme VIH/sida de l'Organisation internationale du travail (www.ilo.org/public/english/protection/trav/aid/index.htm), en cliquant « Code of practice », puis « français ».

² Disponibles sur le site Web de l'ONUSIDA (www.unaids.org).

³ « El Salvador: Acciones de Inconstitucionalidad Contra el Art. 16 de la Ley del SIDA », *Boletines Informativos: Acceso Centroamérica*, 9 mai 2002 (via www.aguabuena.org).

⁴ « A Giralto/A Soriano. Examen de SIDA será obligatorio », *El Diario de Hoy*, 25 octobre 2001 (www.elsalvador.com/noticias/2001/10/25/NACIONAL); M. Sánchez, « Consideran la Ley del Sida inconstitucional », *El Diario de Hoy*, 26 octobre 2001 (www.elsalvador.com/noticias/2001/10/26/NACIONAL); A. López, « Impugnan ley del SIDA », *El Diario de Hoy*, 1 décembre 2001 (www.elsalvador.com/2001/12/NACIONAL). Voir aussi : « Ley salvadoreña sobre VIH/sida genera gran molestia », *Boletines Informativos: Acceso Centroamérica*, 10 novembre 2001 (www.aguabuena.org); F. Robles, « Salvador jobs law spawns new fears for those with HIV », *Miami Herald*, 18 décembre 2001; « Salvadoran AIDS activists protest HIV testing in the workplace », *Kaiser Daily HIV/AIDS Report*, 22 février 2002 (via www.kaisernetwork.org/daily_reports/hiv/); C. Elton, à l'émission « Morning Edition », [US] National Public Radio, 3 avril 2002 (via www.npr.org, consulté le 10 avril 2002).

⁵ Traduction non officielle du décret n° 588, dans une lettre de R. Kiddell-Monroe, conseillère régionale en affaire humanitaires (Amérique latine), Médecins Sans Frontières (Costa Rica), 7 mars 2002.

Inde – Un ONG conteste l'infraction pénale d'actes « non naturels »

Le 7 décembre 2001, le Naz Foundation India Trust (NFIT), un organisme non gouvernemental établi à New Delhi, a déposé une requête à la Haute cour de Delhi d'abroger l'article du Code pénal de l'Inde portant sur les « infractions non naturelles », qui criminalise notamment les actes d'hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HRSH).

Le NFIT, représenté par l'Unité VIH/sida du Lawyers Collective, soutient que l'article 377, qui interdit la « relation charnelle contre l'ordre de la nature avec tout homme, femme ou animal » trad.], est inconstitutionnel à plusieurs égards. Notamment, la pétition souligne la stigmatisation sociale et les abus policiers qui nuisent au travail d'intervention en matière de VIH/sida auprès de la communauté

des HRSH – et qui, ce faisant, constituent une menace au droit à la vie. L'article 377 est basé sur une loi britannique du milieu des années 1800, abrogée depuis bien longtemps au Royaume-Uni.

L'article 377 est une des problématiques qu'a dénoncées Aditya Bondyopadhyay, un avocat et activiste pour les droits des gais, lors d'une séance de breffage d'ONG organisée

par la Commission onusienne des droits de l'homme, en avril 2002. Bondyopadhyay a expliqué que l'article 377 donne aux corps de police, en Inde, des moyens de chantage et d'extorsion, de viol et d'abus physique des minorités sexuelles – mais puisque des accusations formelles sont rarement déposées, le gouvernement peut avancer que l'article 377 est « bénin ». « Aujourd'hui, le problème de l'article 377 ... est une question de corruption, simplement parce que cela concerne des sources faciles et lucratives de revenus supplémentaires pour

une police vénale » [trad.], a-t-il affirmé à Genève.

Lors d'une audience à la Haute cour de Delhi, le 23 avril 2002, une période de six semaines a été établie pour la déposition des points de vue des autorités à l'égard de la pétition, à être préparée par les répondants gouvernementaux pertinents à l'affaire – notamment la National AIDS Control

Organisation (NACO), la Delhi State AIDS Control Society et le Commissaire de la police de New Delhi. Une autre audience est prévue en août 2002. La position qu'exprimera notamment la NACO – en appuyant ou non l'abrogation de l'article 377 – sera un indice de l'orientation future des politiques et du droit en relation avec le sida, en Inde.

- *Joanne Csete*

Joanne Csete est la directrice du Programme sur le VIH/sida et les droits de la personne, à Human Rights Watch, où elle supervise la recherche et la défense et promotion des droits et intérêts dans un vaste registre de violations des droits humains en lien avec l'épidémie du VIH/sida. On peut la joindre à <csetej@hrw.org>.

ACCÈS MONDIAL AUX TRAITEMENTS

Comme nous l'expliquions dans le numéro précédent, cette rubrique de la *Revue* aborde les questions liées à l'amélioration de l'accès à des soins, des traitements et du soutien adéquats et abordables, partout dans le monde. Elle remplace la section qui s'intitulait « Brevets et prix ». Dans le présent numéro, nous présentons un survol des réussites et des défis des dernières années dans la tâche d'accroître l'accès mondial aux traitements pour le VIH/sida. Cet article – qui fait partie d'une série commandée pour souligner le 10^e anniversaire du Réseau juridique canadien VIH/sida en survolant divers développements antérieurs et orientations d'avenir, dans des domaines du droit et des politiques pertinents au VIH/sida – décrit les développements qui déplacent le cœur du débat sur l'accès aux traitements, des droits de propriété intellectuelle vers le droit à la santé et aux traitements. Les auteurs y analysent le rôle de l'activisme à l'échelle nationale et internationale, des alliances stratégiques ainsi que du leadership assorti de principes, dans l'avènement de ce changement. Ils y discutent ensuite des obstacles à l'accès équitable aux traitements du VIH/sida pour la population mondiale touchée.

L'accès mondial aux traitements : réussites et défis

Introduction

Il y a seulement six ans, le sida était considéré comme réellement incurable – un verdict de mort pour toutes les personnes vivant avec l'infection à VIH. Puis une révolution s'est produite. Dans les pays riches, des médicaments sont devenus disponibles pour la plupart des personnes vivant avec le

VIH/sida, réduisant brusquement la maladie et la mort liées au sida. Mais cet espoir ne s'est pas rendu dans la très vaste majorité des personnes vivant avec le VIH/sida dans le monde, pour lesquelles les traitements demeureraient inaccessibles.

Le présent article décrit l'impact des règlements stricts en matière de brevets ainsi que les inégalités mon-

diales qui empêchent l'accès aux médicaments; il décrit aussi d'importants changements survenus récemment, qui améliorent l'impact des médicaments. Ces changements sont notamment la reconnaissance croissante du droit à la santé, en droit international et domestique, et certains événements marquants sur la scène internationale. Des activistes ont été les principaux

agents de ces changements, de pair avec l'habile création d'alliances intersectorielles et avec un leadership assorti de principes. Ces succès pa-

À environ 10 000 \$ à 15 000 \$ US par patient par année, les prix des nouveaux médicaments étaient astronomiques.

vent la voie à d'éventuelles percées aussi nécessaires à la fourniture concrète de traitements pour sauver la vie de la plupart des personnes vivant avec le VIH/sida dans le monde.

De l'incurabilité aux traitements

Le sida a été observé initialement aux États-Unis, alors que Reagan était président. La réaction y a été composée de préjugés marqués, de la part du public, et de déni de la part du gouvernement.¹ On ne connaissait aucun traitement et, au sein du public, on trouvait peu de sympathie ou de compréhension de la maladie.² Dans la deuxième décennie de l'épidémie, des chercheurs ont découvert que l'administration du médicament antirétroviral zidovudine (AZT) pendant la grossesse pouvait réduire de deux tiers le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant.³ À peine deux années plus tard, on annonçait en 1996 qu'une utilisation minutieuse de médicaments antirétroviraux pouvait effectivement faire cesser l'activité du VIH dans le corps humain.⁴ Un petit groupe de patients en essai clinique avaient vaincu l'équa-

tion entre sida et mort. Pour la première fois, il semblait possible de voir le sida comme autre chose qu'une maladie inévitablement mortelle : une éventuelle condition médicale chronique mais contrôlable.

Au cours des années suivantes, la forme humaine de l'épidémie a profondément changé. À la fin des années 1980, sa prépondérance démographique ne résidait plus parmi les hommes gais de l'Occident. Le VIH/sida était devenu une maladie transmise surtout parmi les hétérosexuels en Asie, en Amérique latine et dans la Caraïbe, et particulièrement en Afrique. Le Programme commun des Nations Unies sur le sida (ONUSIDA) estime que, depuis le début de l'épidémie, plus de 60 millions de personnes ont contracté le VIH. Le VIH/sida est à présent la principale cause de mort en Afrique subsaharienne, et la quatrième à l'échelle mondiale.⁵ C'est « l'un des fléaux microbiens les plus destructeurs de l'histoire »,⁶ « la pire pandémie mondiale depuis 600 ans ».⁷

Les traitements se rendront-ils aux vastes populations qui vivent avec le VIH/sida? Ou les perspectives d'avenir, pour ces personnes, demeureront-elles aussi sombres que c'était le cas pour les gais touchés au début des années 80? Pour la grande majorité, les nouveaux traitements étaient peu prometteurs.⁸ L'emballement ressenti par les médecins qui traitent le VIH/sida dans les pays industrialisés⁹ contraste fortement avec l'impuissance que vivent ceux des pays en développement. Au coût annuel d'environ 10 000 \$ à 15 000 \$ US par patient, les prix des nouveaux médicaments étaient astronomiques. Dans des pays où le revenu quotidien des individus, c'était impensable d'y avoir accès.¹⁰

Ces prix étaient dus principalement à une protection stricte de la

propriété intellectuelle à l'échelle mondiale, en vertu de traités comme l'Accord sur les droits de priorité intellectuelle touchant au commerce (ADPIC);¹¹ ce dernier établit des normes minimales de protection des brevets pour les États membres de l'Organisation mondiale du commerce.¹² En vertu de l'Accord sur les ADPIC, cette protection dure 20 ans, bien que des licences obligatoires (la production du produit sans le consentement du détenteur de son brevet, avec compensation monétaire adéquate) soient une réserve envisagée, en particulier (mais pas seulement) en cas d'urgence de santé publique ou de pratiques injuste dans l'établissement des prix.¹³

Il ne fait aucun doute qu'une « ignorance médicale partagée » sur le VIH continue de nourrir une situation de quasi-absence d'espoir dans les pays pauvres en ressources, devant le VIH/sida. Mais là où la connaissance est disponible – ce qui inclut de larges pans du monde en développement –, c'est le prix des médicaments qui empêche le progrès. « Ce ne sont plus les limites de la médecine qui définissent la situation, mais plutôt l'incapacité de payer les traitements à cause d'un manque de ressources. »¹⁴

L'activisme pour les traitements et l'accès aux traitements

Le progrès dans la réduction des iniquités d'accès aux traitements peut être attribué en grande partie à une combinaison d'interventions vitales : un activisme national et international intensément planifié et ciblé, des alliances stratégiques et un leadership assorti de principes, au sein d'organismes et aux paliers national et international.

La revendication de traitements médicaux abordables et accessibles à toutes les personnes vivant avec le VIH/sida est devenue l'un des mouvements les plus dynamiques de l'histoire de l'activisme mondial. Caractérisé par son énergie et son intégrité, ce mouvement a mobilisé l'opinion et l'appui du public, ce qui a eu un effet radical sur le débat international entourant le prix des médicaments, les profits d'entreprises ainsi que la responsabilité des gouvernements. Au milieu des dogmes actuels sur la « mondialisation », le mouvement a mis en relief les grossières inégalités « Nord-Sud », soulignant la nécessité de politiques commerciales justes pour le Sud.

Sur le plan philosophique, la question de l'accès aux traitements pour les personnes vivant avec le VIH/sida met en relief le lien entre la santé et les droits de la personne (dont en particulier, le droit à la dignité humaine).¹⁵ Le mouvement a provoqué un virage considérable dans tous les aspects du débat sur les traitements pour le VIH/sida, y compris sur les complexités matérielles de la fourniture de services de santé et du droit à grande échelle de recevoir les meilleurs traitements disponibles. Le mouvement pose aussi des défis pour la pensée actuelle sur la discrimination, l'éthique médico-légale ainsi que les droits des patients et des populations vulnérables.

Les droits à la santé et l'accès aux traitements – Des progrès perceptibles

Le combat des activistes a conduit à des gains évidents, en particulier depuis la Conférence internationale sur le sida tenue à Durban, qui a dirigé l'attention mondiale sur des iniquités flagrantes dans l'accès aux traite-

ments. Les prix de médicaments ont diminué, le climat international en faveur de l'accès aux traitements s'est grandement amélioré et des développements majeurs au sein d'organismes internationaux ont augmenté les chances d'accès aux traitements pour un plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH/sida.

Le plus grand progrès est peut-être le changement perceptible dans la pensée et du débat mondial. Des instruments mondiaux, comme la Déclaration universelle des droits de l'homme (DUDH)¹⁶ et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIRDÉSC)¹⁷ affirment depuis longtemps le droit la santé. La plus grande question est leur effet concret. La santé est fondamentale, mais aussi extrêmement vulnérable. *Le Rapport sur la santé dans le monde 2000* de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) note que la santé, bien qu'elle soit un « atout inaliénable », est « sujette à des risques importants et imprévisibles qui sont grandement indépendants les uns des autres » [trad.].

Constats cruciaux

Au cours des années 1980, l'épidémie du VIH/sida a provoqué deux importants constats à propos des relations entre la santé et les droits de la personne.¹⁸ Premièrement, la notion que la protection des droits des personnes vivant avec le VIH/sida allait à l'encontre des droits des personnes non infectées a été réfutée, tant dans la pratique que sur le plan logique. En revanche, le « paradoxe du sida »¹⁹ a acquis une reconnaissance croissante : la sécurité des droits et la protection contre la discrimination, pour ceux touchés par le VIH/sida, est le meilleur moyen

d'améliorer la prévention et le succès de programmes d'éducation afin de réduire la transmission et de protéger ainsi les non infectés.

La revendication de traitements abordables et accessibles à toutes les PVVIH/sida est devenue l'un des mouvements les plus dynamiques de l'histoire de l'activisme mondial.

Deuxièmement, le lien entre la vulnérabilité des droits de la personne et la vulnérabilité au VIH/sida a été documenté et démontré.²⁰ En bref, les violations des droits de la personne favorisent la propagation du VIH. Grâce à ces constats, le regretté Jonathan Mann et d'autres intervenants ont préparé le fondement doctrinal et éthique pour mettre en question la réglementation sur les brevets des traitements salvateurs. En avance sur l'époque, Mann et ses collègues ont noté, en 1992 :

Une conséquence logique de l'activisme contre le sida dans le monde industrialisé [...] sera de relier les problèmes et les combats des pays en développement et ceux des pays industrialisés [...] L'accès à l'AZT et à d'autres agents antirétroviraux ou médicaments contre les infections opportunistes [est] extrêmement limité, voire totalement absent, dans les pays en développement.²¹

Un troisième insight, plus récent, est celui que les traitements et la prévention doivent être considérés comme

deux approches complémentaires, et non contradictoires. Il est erroné de penser que le traitement des personnes vivant avec le VIH/sida et la prévention des nouvelles infections constituent deux avenues exclusives ou conflictuelles, dans la réaction à

Traitements et prévention doivent être considérés comme deux volets complémentaires, et non contradictoires.

la pandémie, ou que nous devrions choisir de financer et de cibler l'un plus que l'autre.²² Le traitement aide à la prévention²³ d'au moins trois manières :

Sur le plan physiologique, le traitement est une forme de prévention. Cela est le plus manifeste en ce qui a trait à la transmission de la mère à l'enfant : le traitement au moyen d'antirétroviraux peut empêcher qu'un enfant contracte le VIH de sa mère. Certaines données existent aussi à l'effet qu'un régime efficace d'antirétroviraux peut empêcher la transmission sexuelle du VIH.²⁴

Sur le plan psychologique, le traitement peut aussi améliorer la prévention puisqu'il incite les personnes séropositives à avoir recours au test, à recevoir du counselling et à entreprendre des modifications de leur comportement.

Sur le plan social, le traitement rehausse aussi la prévention, puisqu'il réduit le stigmate de mort et le sentiment de fin inévitable qui entoure le sida. Le traitement est espoir et l'es-

poir dissipe l'impression que sida égale condamnation et que la personne séropositive est acculée à la débilisation et à la mort. Le traitement a brisé l'équation sida-mort; cela nous permet de détruire les stigmates sociaux et les phobies qui rendent si difficile la tâche d'une prévention franche et efficace.²⁵

L'action populaire

Mann et d'autres ont contribué au consensus que l'habilitation à la santé est un droit élémentaire de la personne. Cette percée conceptuelle a stimulé l'action populaire. Des activistes ont mobilisé l'appui du grand public – y compris par des alliances novatrices entre les mouvements pour les droits des patients, la protection des consommateurs et les droits des travailleurs – pour défier les arguments invoqués pour le refus des médicaments à ceux qui en ont besoin. Les activistes en matière de traitement, dans plusieurs pays d'Amérique latine, ont été des pionniers. Plus récemment, la Treatment Action Campaign²⁶ d'Afrique du Sud est devenue l'organisation la plus efficace de la société civile depuis la transition démocratiquesud-africaine de 1994.²⁷ Partant d'une base populaire habilement construite, en Afrique du Sud, la TAC a soulevé un appui planétaire contre les pratiques des sociétés pharmaceutiques. Plus récemment, elle a fait appel à ses ramifications locales et internationales, pour faire échec au refus persistant du gouvernement sud-africain de mettre en œuvre un programme national pour la prévention de la transmission périnatale.²⁸ Aux États-Unis, ACT-UP et d'autres organismes ont remis en question la campagne présidentielle du vice-président Al Gore à cause de son appui à des politiques

protectionnistes en faveur des sociétés pharmaceutiques et des brevets.²⁹

Le plus frappant est la manière des activistes d'invoquer les droits à la santé et aux traitements,³⁰ des droits qui sont en train de pénétrer de plus en plus les jurisprudences nationales³¹ et les constitutions.³² Des affaires devant des tribunaux au Costa Rica,³³ au Salvador³⁴ et au Venezuela³⁵ ont affirmé avec succès les droits énoncés dans la Déclaration universelle et les traités internationaux sur les droits de la personne, pour contraindre des gouvernements de fournir des traitements anti-VIH. Cette tendance montre que l'argument des gouvernements à l'effet que

Ce qui frappe est la manière des activistes d'invoquer les droits à la santé et aux traitements.

leurs ressources sont limitées n'est plus accepté comme un fait conclusif. La nouvelle approche ébranle la perspective qu'une question de vie et de mort pour tant de personnes puisse être abandonnée au pouvoir discrétionnaire des gouvernements de déterminer des politiques sociales et économiques.

La Conférence de Durban, en 2000, a considérablement intensifié et accéléré ces tendances. Avant la conférence, une manifestation mondiale organisée par la TAC pour l'accès aux traitements a donné le ton aux séances qui ont examiné de manière critique les pratiques internationales et les politiques corporatives.³⁶ Par la suite, la contestation judiciaire

contre une loi du gouvernement sud-africain, intentée par des sociétés pharmaceutiques afin de favoriser un prix plus élevé pour leurs médicaments, s'est amorcée en cour et l'attention mondiale a été sans précédent. Les plaignantes ont retiré leur plainte – une victoire pour les activistes des traitements.³⁷

Des développements internationaux

Depuis, les pressions de la société civile pour l'accès aux traitements a contribué à trois développements internationaux majeurs.³⁸ Le premier est la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida*, formulée par l'Assemblée générale des Nations Unies lors de sa Session extraordinaire (UNGASS) consacrée au sida, en juin 2001.³⁹ Le deuxième a été la création d'un Fonds mondial pour la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (FMSTP). Le troisième a été la *Déclaration sur les ADPIC et la santé publique*, adoptée à la quatrième conférence ministérielle de l'OMC, à Doha, Qatar, en novembre 2001.⁴⁰

L'UNGASS a été précédée d'un important travail dans des forums internationaux. Dès la fin de 1999, la Banque mondiale soulignait l'importance catégorique du sida pour le développement mondial.⁴¹ En avril 2001, la Commission onusienne des droits de l'homme a adopté une résolution sur la protection des droits humains dans le contexte du VIH/sida, invitant les États, les instances de l'ONU et les organisations intergouvernementales et non gouvernementales à « contribuer à la coopération internationale dans le contexte des droits de la personne liés au VIH/sida, notamment en travaillant au progrès des programmes de pré-

vention et de soins pour le VIH/sida, y compris en favorisant l'accès aux traitements et soins dans ce contexte et en partageant les connaissances, expériences et réalisations relatives aux questions de VIH/sida » [trad.],⁴²

Dans une autre résolution, la Commission a affirmé que l'accès aux médicaments dans le contexte de pandémies comme celle du VIH/sida est « un élément fondamental pour parvenir progressivement au plein exercice du droit de toute personne de jouir de la plus haute norme de santé qui puisse être atteinte ». [trad.]⁴³ La Commission a exhorté les organisations internationales, nationales et régionales ainsi que les gouvernements, la société civile et le secteur privé à soutenir des stratégies qui « consolident les systèmes de soins de santé et s'attaquent aux facteurs qui affectent la provision de médicaments anti-VIH, y compris les antirétroviraux, *inter alia*, et le caractère abordable et la détermination des prix, notamment par des prix différentiels, et la capacité des systèmes de soins » et de « faire tous les efforts pour assurer progressivement et durablement la plus haute norme de traitements pour le VIH/sida » [trad.]. L'appui de l'UNGASS à cette approche,⁴⁴ sans contredit aidée par le leadership du secrétaire général de l'ONU, Kofi Annan,⁴⁵ a été une percée importante dans la quête d'accès aux traitements.

Des pressions populaires à l'échelle internationales ont fait en sorte que le problème figure en haut de liste sur l'ordre du jour de la conférence ministérielle de l'OMC à Doha. Le résultat a été une *Déclaration sur les ADPIC et la santé publique*, où il est affirmé que l'Accord « peut et devrait être interprété et mis en œuvre d'une manière qui appuie le droit des

Membres de l'OMC de protéger la santé publique et, en particulier, de promouvoir l'accès de tous aux médicaments », ainsi qu'une *Déclaration ministérielle* soulignant

Les pressions de la société civile pour l'accès aux traitements ont contribué à trois développements internationaux majeurs.

l'importance d'interpréter et d'appliquer l'Accord sur les ADPIC « d'une manière favorable à la santé publique, en promouvant à la fois l'accès aux médicaments existants et la recherche-développement concernant de nouveaux médicaments ». ⁴⁶ C'est en soi une victoire indéniable. Non seulement a-t-on affirmé le droit des pays de recourir à des licences obligatoires et à des importations parallèles pour satisfaire des objectifs de santé publique, mais on a offert des interprétations plus souples des ententes internationales.

Ces développements se sont répercutés dans le système onusien. En mars 2002, l'OMS a inclus des anti-rétroviraux – y compris des versions génériques – dans sa liste des médicaments essentiels.⁴⁷ (Des médicaments génériques ont les mêmes propriétés chimiques et les mêmes effets biologiques que les produits brevetés, mais ils sont produits et vendus moins cher par des compétiteurs.) En avril 2002, la Commission onusienne des droits de l'homme a de nouveau adopté une résolution sur

l'accès aux traitements dans le contexte de pandémies comme le VIH/sida, en intégrant des éléments de la Déclaration de Doha de l'OMC.⁴⁸

Les prix de médicaments ont chuté de manière appréciable, possiblement à cause des concurrents génériques.

Fait important, certains leaders (mais pas tous,⁴⁹ malheureusement) de pays en développement appuient les revendications des activistes. La réaction du gouvernement brésilien, poussé par ces demandes, fait figure de proue pour avoir décidé en 1996 « d'assurer l'accès [à des antirétroviraux] à 100% des personnes trouvées séropositives dans le pays ». Des politiques et des lois y ont assuré un accès complet et gratuit à des antirétroviraux, dans le secteur public.⁵⁰ Certains leaders africains se sont joints à la lutte pour l'accès aux antirétroviraux. Le président du Botswana, Festus Mogae, a affirmé en décembre 2000 que l'épidémie du sida devait être abordée comme une urgence, « avec les moyens que nécessite une crise »,⁵¹ y compris le détournement de ressources des forces militaires.⁵² Le Botswana a par la suite annoncé son engagement à fournir par son système de soins publics des antirétroviraux aux personnes séropositives.⁵³ En avril 2002, le président zambien Levy Mwanawasa a annoncé que son gouvernement allait demander 19 millions \$ US du Fonds mondial pour l'achat de traite-

ments associatifs pour les Zambiens atteints du sida.⁵⁴ En mai 2002, le gouvernement du Zimbabwe a déclaré « urgence nationale » son épidémie de VIH.⁵⁵

Entre-temps, les prix de médicaments ont chuté de manière appréciable. Il a été affirmé que cette baisse de prix résultait de « menaces liées à l'arrivée de médicaments génériques qui a été rendue possible par l'existence d'un marché compétitif pour les médicaments [antirétroviraux] », menaces attribuables en particulier au fait que le Brésil et l'Inde aient développé la capacité de fabriquer des antirétroviraux avant l'entrée en vigueur des règles de l'OMC en matière de brevets.⁵⁶ À l'heure actuelle, une trithérapie antirétrovirale coûte annuellement entre 10 000 \$ et 15 000 \$ US par patient, aux États-Unis et en Europe. Cependant, des fabricants génériques ont annoncé qu'ils vendraient des médicaments équivalents à prix aussi bas que 300 \$ US par année.⁵⁷ La compétition des fabricants génériques, ajoutée aux pressions du public sur les compagnies de marque, a fait chuter même les prix de certains médicaments de marque entre 700 \$ et 1 000 \$ US par année. Médecins Sans Frontières (MSF) considère qu'un accroissement de la production pourrait faire diminuer les prix jusqu'à 200 \$ US par année/patient. À ces niveaux, les médicaments antirétroviraux pourraient être à la portée d'un nombre beaucoup plus grand de patients et, avec le soutien de donateurs internationaux, pourraient être fournis à encore plus de gens.⁵⁸

En somme, dans le bref intervalle de temps écoulé depuis 2000, les activistes des traitements ont dirigé l'ordre du jour. Le débat sur l'accès aux traitements a été transformé, d'affirmations à teneur légaliste au

sujet des droits de brevets, en une insistance croissante pour la fourniture de traitements à des prix abordables pour toutes les personnes vivant avec le VIH/sida dans le monde. L'énigme de la protection des brevets demeure cependant au premier plan, dans la considération de développements futurs.

Le débat sur l'accès aux traitements est passé d'affirmations légalistes sur les droits de brevets à une insistance croissante pour la fourniture de traitements à prix abordable pour toutes les PVVIH/sida du monde.

Les droits à la santé et l'accès aux traitements – L'énigme de la protection des brevets

Le mouvement pour l'accès aux traitements a lutté pour une flexibilité de réglementation dans les pays en développement, en vertu de l'Accord sur les ADPIC,⁵⁹ et pour le pouvoir de passer outre à des normes minimales de protection de la propriété intellectuelle afin de fournir des médicaments anti-VIH abordables. Ces mesures incluent les licences obligatoires dans les pays dotés d'infrastructures pour la fabrication de médicaments génériques, et le droit d'importation parallèle, à meilleur prix, de médicaments brevetés en

provenance de pays étrangers. La question centrale est de savoir si l'intérêt public réussira à l'emporter sur les intérêts des corporations de toucher une compensation et une récompense; et, le cas échéant, dans quelle mesure.

Les arguments en faveur de protéger les droits de propriété intellectuelle, y compris les droits de brevets, sont divers. Le premier est l'argument du « coût » ou du « travail » : compenser l'innovateur pour l'investissement de temps, d'efforts et de dépenses dans le développement d'un produit, en imposant des frais continus à ceux qui utilisent le produit. Le deuxième est l'argument de la récompense : le droit de l'innovateur de toucher une juste récompense pour son effort d'invention, en vertu d'un mérite inhérent. De ce point de vue, l'idée ou le produit appartient en quelque sorte à son concepteur et cela est reconnu par un impôt continu pour les utilisateurs. Le troisième, l'argument de « l'incitation », est de nature pratique : la protection de la propriété intellectuelle est un moyen d'offrir des avantages pour, et des incitatifs à, poursuivre la recherche et le développement. Les sociétés pharmaceutiques, dans leurs prises de positions publiques, mettent l'emphase sur cet argument.⁶⁰

Les droits de propriété intellectuelle ne sont pas absolus

Aucun de ces arguments, même en principe, ne justifie cependant une protection absolue des brevets. Les arguments du travail et de la récompense ne peuvent aucunement établir de fondement pour exclure l'assouplissement de la protection des brevets.⁶¹ Ces arguments n'offrent par ailleurs aucun argument convaincant pour justifier une surréglementation

des idées et de leurs fruits, notamment devant une crise internationale de santé publique où plusieurs millions de vie pourraient être sauvées par une certaine souplesse dans la protection des brevets.

Le débat des récentes années a démontré que la protection légale dans l'exploitation commerciale d'idées n'est pas un droit naturel, ni même qui s'impose de soi. C'est une conception sociale – un concept inventé dans le but de servir l'intérêt public, et qui n'est donc justifiable que dans la mesure où il continue d'aller dans le sens de l'intérêt public. Comme l'a fait remarquer Bayer, « l'intérêt public est la principale valeur qui sous-tend l'attribution de brevets, et non le profit ou même la simple compensation ».⁶²

Bref, la protection de la propriété intellectuelle, étant un produit des politiques sociales, doit se conformer aux objectifs de santé publique, pour rester en place. Comme l'a expliqué Chapman :

En bout de ligne, une approche fondée sur les droits de la personne nécessite que la protection de la propriété intellectuelle serve l'objectif du bien-être humain, auquel les instruments internationaux sur les droits de la personne donnent expression. Les droits de la personne sont des revendications inaliénables et universelles, pour tous les individus, et dans certaines situations pour des communautés – mais jamais pour des corporations. Les droits de la personne ont une existence indépendante de la reconnaissance ou de l'application, tandis que les droits de propriété intellectuelle sont conférés par l'État d'après des critères établis par des lois nationales. À l'opposé des droits humains, qui établissent des droits permanents et irrévoca-

bles, les droits de propriété intellectuelle sont temporaires, ils existent pour un temps limité et ils peuvent être révoqués, soumis à des licences ou transférés à autrui.⁶³

La protection de la propriété intellectuelle, étant un produit des politiques sociales, doit se conformer aux objectifs de santé publique, pour rester en place.

Affaiblissement des arguments pour la protection des brevets

Cette approche fondée sur les droits humains, pour la réglementation de la propriété intellectuelle assujettie à la poursuite de l'intérêt public et du bien-être humain, a bien pu avoir eu l'air extrémiste, voire excentrique. C'était peut-être le cas, il y a quelques années, mais les choses ont changé. Il est suprêmement – et, pour plusieurs, amèrement – ironique que le motif fondamental de l'intérêt public à l'origine de la protection de la propriété intellectuelle (et, en conséquence, la subordination de cette protection à la nécessité d'ordre public en cas d'urgence de santé) ait été affirmé le plus vigoureusement non pas dans des pays où l'épidémie du VIH menace de ruiner des nations déjà pauvres, mais plutôt aux États-Unis. Dans l'après-coup des attaques de septembre 2001 contre New York et Washington, où la dissémination de spores de la bactérie du charbon semblait menacer les vies d'Américains,

les gouvernements des États-Unis et du Canada ont proposé sans délai d'enfreindre les droits de propriété intellectuelle du médicament approprié.⁶⁴ L'ironie réside dans le contras-

Certains arguments liés à la récompense et à l'incitation au développement d'autres médicaments sonnent particulièrement creux dans le contexte du VIH/sida.

te avec la position fermement protectionniste qu'ont affichée et affichent encore par ailleurs les Américains, en matière de brevets, et avec leurs menaces de sanctions aux pays pauvres qui proposent d'enfreindre des brevets pour s'attaquer à leurs propres urgences sanitaires, en particulier le VIH/sida.

Quel que soit l'arrière-goût que puisse laisser cette panique nord-américaine devant la bactérie du charbon, elle a incontestablement démontré que la protection des brevets est fondée sur l'intérêt public. Cette histoire met comme il se doit en perspective la revendication d'accès aux traitements pour les personnes des pays pauvres qui meurent par millions sans ces traitements.⁶⁵

Pourtant, cette lutte est encore contestée par d'aucuns. Les pays en développement qui sont soumis à des pressions par des multinationales, et par les gouvernements qui les appuient, sont notamment l'Inde,⁶⁶ le Brésil,⁶⁷ la Thaïlande⁶⁸ et l'Afrique du Sud. Les stratégies de pression ont inclus des sanctions commerc-

ales, des plaintes officielles devant l'OMC ainsi que des lois nationales – et ce, en vertu d'un régime commercial international qui protège ceux qui sont déjà privilégiés tout en exigeant que les pays en développement libéralisent leurs marchés et appliquent les mesures de protection des brevets.⁶⁹ Bien que certains gouvernements accordent un poids immense aux droits de propriété intellectuelle dans le cadre du régime légal international – quoique de manière sélective, voire hypocrite –, il y a peu de recours pour leur omission devant d'autres droits : « Il n'y a pas de sanctions économiques pour ceux qui persistent à enfreindre ou à ignorer, par exemple, l'obligation d'assurer le droit à des soins de santé élémentaires pour tous ».⁷⁰

De toute façon, certains des arguments référant à la récompense et à l'incitation au développement d'autres médicaments sonnent particulièrement creux dans le contexte du VIH/sida. Plusieurs des traitements pour le VIH/sida ont été découverts et développés non pas à l'initiative ou grâce aux profits des sociétés pharmaceutiques, mais plutôt par des institutions publiques financées par des gouvernements.⁷¹ De plus, l'application des brevets dans les pays pauvres n'a qu'un lien indirect, au plus, avec les arguments coût-récompense-incitation qui sont souvent invoqués, puisque le marché commercial des médicaments brevetés réside en immense partie en Amérique du Nord, en Europe et au Japon. Plus des trois quarts des 460 milliards \$ US du marché projeté des médicaments pour l'année 2002 se trouve dans les régions les plus riches du monde. Seule une fraction du marché exploitable est ailleurs (l'Afrique entière n'en constitue d'ailleurs que 1%).⁷²

Il en découle que la protection des brevets dans les pays pauvres en ressources ne peut se justifier qu'en invoquant l'hypothèse que des frontières poreuses puissent menacer l'exploitation de marchés riches si étaient importés des médicaments produits ailleurs à bas coût. À cet égard, le fait de déterminer les politiques imposées à des marchés non viables en fonction du seul but d'assurer des gains commerciaux dans d'autres régions du monde pourrait être qualifié de harcèlement⁷³ – en particulier parce que les instruments internationaux reconnaissent un droit général de bénéficier des progrès scientifiques.⁷⁴ Puisqu'il est certain que cette stratégie de politiques causera des millions de morts en gardant inaccessibles des médicaments qui peuvent sauver des vies, de profondes questions d'éthique se posent.

Regards scrutateurs sur l'OMC et l'Accord sur les ADPIC

Dans ce contexte, des organisations internationales comme l'OMC sont devenues la cible d'une rigoureuse surveillance. Les tenants de la position de l'OMC affirment qu'elle a le rôle de favoriser le libre-échange et un commerce juste en établissant des normes uniformes et efficaces ainsi qu'un mécanisme basé sur des règles de résolution de disputes, dans le but de contribuer au bien-être des citoyens dans les économies nationales.⁷⁵ Mais les intérêts des grandes corporations associées aux nations riches jouent un rôle influent dans l'élaboration des politiques de l'OMC ainsi que dans l'interprétation des dispositions de l'Accord sur les ADPIC.⁷⁶

L'Accord sur les ADPIC offre-t-il un cadre fondé et juste pour résoudre les tensions entre la protection des brevets et la demande d'accès aux

traitements? Du strict point de vue de la propriété intellectuelle, les défenseurs de cet accord soutiennent qu'il offre un cadre adéquat pour résoudre les questions légales.⁷⁷ Cependant, cela ne signifie pas que la question plus large, à savoir si l'on devrait laisser les lois internationales en la matière empêcher des nations de satisfaire aux normes minimales des droits de la personne et de fournir les services auxquels elles se sont engagées. La création d'exceptions à l'Accord sur les ADPIC ne violerait pas nécessairement les fondements des ententes internationales sur le commerce. Cela contribuerait simplement à assurer le respect des droits socioéconomiques des communautés les plus pauvres du monde.

De fait, Bayer a affirmé que l'Accord sur les ADPIC n'atteindra pas les buts qu'il affirme viser si l'on n'adopte pas une interprétation compatible avec la reconnaissance du droit à la santé. Autrement dit, une souplesse de réglementation est essentielle à la conception de l'accord. Une approche rationnelle, en matière de protection de la propriété intellectuelle, se concentrerait sur la question de savoir si l'avantage comparatif d'un pays donné réside dans son innovation plutôt que dans son imitation ou son adaptation d'innovations d'autrui. Ce point de mire élargirait la portée des préoccupations de réglementation au delà des innovateurs, des imitateurs et des adaptateurs, afin d'inclure les intérêts des consommateurs au palier domestique. Les traités sur le commerce international devraient permettre de respecter les constitutions des pays; ils ne devraient pas être utilisés pour faire obstacle aux devoirs constitutionnels des gouvernements et des États.⁷⁸

La protection des brevets – Obstacle continu à l'accès équitable

À raison, on a salué la Déclaration de Doha comme une percée vers l'accès équitable aux traitements. Mais, en soi, l'entente est limitée et elle ne s'est pas révélée utile à corriger les pratiques internationales en fonction de la nécessité d'accès aux traitements.

Par exemple, l'article 31(f) de l'Accord sur les ADPIC nécessite que les licences obligatoires servent « principalement à l'approvisionnement domestique ». Les participants à Doha ont reconnu l'obstacle que cette disposition pose au recours à des licences obligatoires pour exporter des médicaments génériques. Mais ils se sont abstenus de l'abroger immédiatement, demandant plutôt à une instance subsidiaire de l'OMC, le Conseil des ADPIC, de « trouver une solution rapide à ce problème » et d'en faire état au Conseil général avant la fin de 2002.⁷⁹ Le résultat est vague. Le fait demeure que plusieurs pays – notamment ceux qui sont les plus gravement touchés par le sida – n'ont absolument aucune capacité industrielle de fabriquer leurs propres médicaments génériques. Pour ces pays, l'Accord sur les ADPIC coupe toute avenue de solution. En revanche, plusieurs antirétroviraux actuels ne sont pas brevetés, dans des pays qui fabriquent des médicaments génériques; on peut avoir recours à l'importation de produits génériques en l'absence de brevet ou en vertu d'une licence obligatoire. Cependant, à mesure de nouveaux traitements seront découverts, et que des pays en développement (comme le Brésil et l'Inde) capables de produire des versions génériques sont ou deviendront liés par l'Accord sur les ADPIC, les

limites aux exportations seront un problème croissant.

À une rencontre de l'OMC en mars 2002, on a discuté de propositions des États-Unis et de la Communauté européenne, de même que de

À raison, on a salué la Déclaration de Doha comme une percée vers l'accès équitable aux traitements.

Mais elle est limitée.

celle d'un groupe important de pays en développement.⁸⁰ Le gouvernement des États-Unis refusait de donner l'aval à des droits d'importation parallèle de médicaments génériques. Plusieurs pays en développement et organismes non gouvernementaux affirment que la solution évidente est d'abroger les restrictions que l'Accord sur les ADPIC pose à l'exportation de produits essentiels à la santé publique et qui sont produits en vertu de licences obligatoires.⁸¹

Par ailleurs, il reste encore beaucoup à faire pour intégrer aux régimes législatifs des pays en développement la plus grande marge de manœuvre promise dans l'Accord sur les ADPIC. Le Cambodge, par exemple, n'a pas encore eu recours à la prolongation de la période de transition dont on a convenu à Doha. De plus, un suivi efficace nécessite non seulement l'intégration de la Déclaration dans les programmes d'assistance technique, mais aussi une compatibilité des politiques et pratiques des sociétés pharmaceutiques avec le contenu de la Déclaration. Oxfam a souligné que, « comme si

rien n'avait été décidé à Doha », l'organisme de lobbying des fabricants pharmaceutiques de marque, la Pharmaceutical Research and Manu-

Une augmentation massive des fonds publics devra renforcer les services de santé et financer l'acquisition de médicaments par les pays en développement.

facturers of America (PhRMA), a recommandé en février 2002 au gouvernement américain d'ajouter quatre pays à sa liste des « pays prioritaires » pour la surveillance et de possibles sanctions commerciales en vertu des lois américaines, pour leur soi-disant « échec à protéger des produits pharmaceutiques brevetés » [trad.].⁸² Avec des attitudes aussi bornées à l'égard de l'utilisation équitable de la propriété intellectuelle, l'accès aux traitements pour les personnes vivant avec le VIH/sida continue de nous échapper.

La promesse de souplesse accrue, exprimée à Doha, fait foi de la capacité de la société civile d'influencer les politiques internationales. Mais des pressions de suivi considérables seront nécessaires dans le dossier des ADPIC. Bien qu'on ne puisse en discuter plus à fond ici, les militants de l'accès aux traitements devront aussi porter attention à l'Accord général sur le commerce des services (GATS), un autre pilier du système de l'OMC, et à son impact prévisible sur l'accès aux services et systèmes de soins de santé.⁸³

L'accès aux traitements – Obstacles persistants

Sur plusieurs plans importants, la table a été mise pour concrétiser un accès beaucoup plus grand aux traitements, pour des millions de personnes vivant avec le VIH/sida dans le monde en développement qui seraient réduits à une mort autrement évitable. Le débat international s'est adapté à leurs exhortations. Le régime international de propriété intellectuelle s'avère, à tous le moins, n'être pas complètement imperméable à leurs demandes. Les prix de médicaments ont diminué. Et la mise sur pied du Fonds mondial est à tout le moins une lumière sur la voie de l'exercice des droits à la santé, y compris aux traitements pour le VIH/sida.

Mais d'énormes obstacles demeurent. Le premier élément, et le plus important, est la nécessité d'une augmentation massive des fonds publics pour renforcer les services de santé et pour financer l'acquisition de médicaments pour les pays en développement.⁸⁴ Bien que le Fonds mondial soit l'un des plus importants développements pour améliorer l'accès aux traitements, il souffre actuellement d'un manque grossier d'argent et il doit progresser rapidement vers les 10 milliards US qu'il est censé mobiliser.⁸⁵ Fait étonnant pour plusieurs, et regrettable, il n'est pas encore clair que le Fonds pourra servir à payer des antirétroviraux.⁸⁶ Dans l'énoncé de ses principes, le groupe de transition du Fonds a affirmé qu'il suivrait « une approche intégrée et équilibrée ». ⁸⁷ Équilibre et intégration sont importants, mais ils ne doivent pas être un langage détourné pour remettre à plus tard le financement urgent de l'accès aux antirétroviraux.

Un facteur qui sous-tend la création du Fonds est la question de

l'abolition de la dette pour les pays lourdement endettés, qui comprennent certains des pays les plus touchés par le fardeau de l'épidémie du VIH/sida. Il était estimé, avant le point de mire actuel sur l'accès aux antirétroviraux, que l'Afrique avait besoin de 3 milliards US par an pour la prévention et les soins liés au sida. Or, plusieurs pays africains ont dépensé 40% de leurs revenus d'exportation aux obligations qui découlent de leur dette envers des pays étrangers.⁸⁸ Il est estimé que les 22 pays d'Afrique jusqu'ici jugés admissibles en vertu des lois des États-Unis à un certain allègement de leur dette⁸⁹ croulent toujours sous des obligations de remboursement de dettes s'élevant à 2 milliards US par année, à des pays créditeurs et des institutions.⁹⁰ L'administration Bush n'a prévu au budget que 998 millions US pour la lutte mondiale au VIH/sida, et ne prévoit que 1,1 milliard en

Les activistes pour les traitements n'ont jamais prétendu que les prix étaient le seul obstacle à un accès équitable.

2003.⁹¹ Vu la prédominance des États-Unis au chapitre des ressources, du commerce et de la richesse, ce montant est inadéquat.

Les activistes pour les traitements n'ont jamais prétendu que les prix étaient le seul obstacle à un accès équitable – les obstacles sont nombreux.⁹² Sur le plan social et des infrastructures, ces obstacles sont notamment les problèmes d'approvisionnement et de stockage, une qualité de médicaments inférieure aux normes, une sélection peu rationnelle

des médicaments, le gaspillage dans la prescription et l'utilisation, une production insuffisante, ainsi que des activités insuffisantes et mal orientées dans la recherche et le développement de nouveaux médicaments.⁹³ Sur le plan personnel, il faut assurer le respect du régime médicamenteux et le suivi médical. Mais des études ont démontré qu'il est possible de fournir, d'administrer et de surveiller la prise d'antirétroviraux même dans les situations où les ressources sont rares.⁹⁴ Et les percées dans l'atteinte de niveaux indécélables de charge virale, et en rapport avec d'autres marqueurs immunitaires, nous rapprochent du but.⁹⁵

La réussite des activistes à faire baisser les prix des médicaments appelle un élargissement du point de mire plus large aux infrastructures publiques et aux problèmes logistiques d'approvisionnement et de maintien. Le succès d'organismes non gouvernementaux comme la TAC et, en contrepartie, la résistance persistante du gouvernement sud-africain à mettre en œuvre des politiques rationnelles de fourniture de médicaments, illustre à quel point il serait téméraire de se concentrer uniquement sur le secteur privé dans les efforts pour assurer la capacité de fourniture des médicaments.⁹⁶ Les organismes communautaires, tant locaux qu'internationaux,⁹⁷ les églises et autres organismes confessionnels,⁹⁸ de même que les syndicats, devront tous être impliqués dans les immenses efforts logistiques et pratiques pour fournir des traitements à près de 40 millions de personnes dans des pays pauvres. Si ces voies plus larges sont omises, nous risquons que les traitements salvateurs ne soient accessibles qu'aux personnes relativement nanties – une division injuste en fonction de la classe.

Des documents de politiques internationales, comme la Déclaration d'engagement sur le sida, reconnaissent ces impératifs.⁹⁹ Leur réalisation nécessitera un activisme soutenu, la création d'autres alliances ainsi qu'un leadership politique d'ampleur jamais vue.

Les expériences latino-américaine et sud-africaine montrent que le contentieux d'intérêt public peut être un instrument puissant et efficace pour permettre l'exercice des droits à la santé. En Afrique du Sud, notamment, les stratégies de contentieux ont été liées de près à la création d'alliances intersectorielles entre les groupes activistes, les églises et les syndicats.¹⁰⁰ Mais le succès même de ces stratégies de contentieux a découlé d'une acceptation plus répandue de la santé comme droit exécutoire et réalisable. Les succès en cour peuvent ensuite faciliter le développement du contenu et des implications à plus long terme d'un droit par l'interprétation judiciaire et administrative dans des cas concrets ainsi que par des analyses érudites.¹⁰¹

Conclusion

Nous ne devrions pas sous-estimer l'importance des gains dus à l'activisme, à la formation d'alliances ainsi qu'au leadership assorti de principes, aux paliers domestique et auprès des institutions internationales :

Pour plusieurs peuples indigènes de pays en développement, et pour la plupart des patients du Tiers-Monde, les notions de droits fondamentaux dans le contexte des soins de santé ont l'air d'envolées rhétoriques plutôt que d'une réalité. Néanmoins, les obligations de reddition de comptes aux Nations Unies, les investigations rigoureuses par les agences d'aide internationale et

Le contentieux d'intérêt public peut être un outil puissant et efficace pour confirmer des droits à la santé.

de droits de la personne, les bruyantes organisations non gouvernementales au palier national ainsi que le processus politique proprement dit peuvent aider à faire en sorte que de graves manquements au droit fondamental à la santé deviennent des sujets d'action politique.¹⁰²

Le mouvement pour l'accès aux traitements a réussi à identifier un droit socioéconomique, en l'occurrence le droit à la santé; par son insistance sur le progrès vers la réalisation de ce droit, il a permis de faire un point de mire de la nécessité de réaliser plusieurs autres droits. Il ne serait pas exagéré d'affirmer que, ce faisant, il a amélioré les chances de justice sociale dans les sociétés où ce mouvement a été actif, mais aussi à l'échelle mondiale. Il reste à présent à miser en toute urgence sur ces accomplissements. Si nous échouons à la tâche, des dizaines de millions de gens mourront.

– Hon. Edwin Cameron, avec Alok Gupta

L'honorable Edwin Cameron est juge à la Cour suprême d'appel de l'Afrique du Sud; on peut le joindre à cameron2@mweb.co.za. Alok Gupta a été adjoint de recherche pour le juge Cameron en avril et mai 2002; on peut le joindre à galok@vsnl.com. Les auteurs remercient Jonathan Berger, de l'AIDS Law Project, Centre for Applied Legal Studies, University of the Witwatersrand, Johannesburg, pour ses commentaires sur une version préliminaire de cet article.

Lectures suggérées

Berger J.M., *Tripping over Patents: AIDS, Access to Medicines and the Manufacturing of Scarcity*, (thèse de maîtrise), University of Toronto School of Law, juin 2001 (via www.tac.org.za).

Articles divers dans *Health and Human Rights: An International Journal*, 2000, 5(1) (www.hsph.harvard.edu/fxbcenter/V5N1.htm).

« Symposium on TRIPS », *Vanderbilt Journal of Transnational Law*, 1996 : 29.

Consensus Statement on Antiretroviral Treatment for AIDS in Poor Countries by Individual Members of the Faculty of Harvard University, avril 2001 (www.hsph.harvard.edu/hai/overview/news_events/events/consensus.html).

Organisation mondiale de la santé (Programme d'action pour les médicaments essentiels), *Mondialisation et accès aux médicaments – Perspectives sur l'Accord ADPIC de l'OMC*, Série Économie de la santé et médicaments, série DAP, No 7, WHO/DAP/98.9 (révisé), Genève, OMS, 1999 (www.who.int/medicines).

Organisation mondiale de la santé, *Scaling up Anti-retroviral Therapy in Resource-Limited Settings: Guidelines for a Public Health Approach* (ébauche), Genève, OMS, avril 2002, (www.who.int/HIV_AIDS/HIV_AIDS_Care/ARV_Draft_April_2002.pdf).

Leary V.A., « The right to health in international human rights law », *Health and Human Rights*, 1994, 1(1) (www.hsph.harvard.edu/fxbcenter/V1N1.htm).

Kirby M., « The right to health fifty years on – still sceptical? », *Health and Human Rights*, 1999, 4(1), (www.lawfoundation.net.au/resources/kirby/papers/19981214_harv.html).

Berwick D.M., « We all have AIDS », *Washington Post*, 26 juin 2001 (via www.washingtonpost.com).

Ressources Internet sur l'accès mondial aux traitements : Médecins Sans Frontières (www.access-msf.org), Consumer Project on Technology (www.cptech.org), Treatment Action Campaign (www.tac.org.za), Global Treatment Access Coalition (www.globaltreatmentaccess.org), Oxfam (www.oxfam.org), Réseau juridique canadien VIH/sida (www.aidslaw.ca) et ONUSIDA (www.unaids.org).

¹ Voir Henry A. Waxman, « New disease may be serious health threat », *USA Today*, 4 avril 1983 : « Puisque les victimes de la nouvelle maladie [i.e. les gais] ne sont peut-être pas membres de la Chambre de commerce, l'administration Reagan traite le sida comme une affaire parmi tant d'autres ... et au lieu d'aider ... elle comprime le financement de la recherche ... de 20%. » (www.house.gov/waxman/oped/Health/040483_USA/body_04083.usa.htm consulté le 10 mai 2002).

² Voir Craig A. Rimmerman, « Presidency, US – Reagan never mentioned AIDS publicly until 1987 » (www.thebody.com/encyclo/presidency.html, le 10 mai 2002). Information sur la campagne « SILENCE=DEATH » du groupe activiste ACT-UP (www.actupny.org).

³ E.M. Connor et coll., « Reduction of Maternal-Infant Transmission of HIV Type 1 with Zidovudine Treatment », *New England Journal of Medicine*, 1994, 331 : 1173. Voir aussi « Recommendations of the US Public Health Service Task Force on the Use of Zidovudine to Reduce Perinatal Transmission of HIV », 6 juin 1994, (www.cdc.gov/epo/mmwr/preview/mmwrhtml/00032271.htm consulté le 10 mai 2002).

⁴ P. Salvato, « Recap of 1996's XI International Vancouver Conference on AIDS », *Positively*, septembre 1996, (www.weston.com.coosite/drs_posy.htm). Voir aussi Theo Smart, « New Wave Antiretrovirals », *Gay Men's Health Crisis (GMHC) Newsletter: GMHC Treatment Issues*, septembre 1996, 10(9), (via www.gmhc.org/living/treatmnt.html).

⁵ ONUSIDA, Rapport sur l'épidémie – Décembre 2001 (www.unaids.org/epidemic_update/report_dec01/index.html).

⁶ A.S. Fauci, « The AIDS Epidemic: Considerations for the 21st Century », *Global Issues*, 2000, 5(2).

⁷ Consensus Statement on Antiretroviral Treatment for AIDS in Poor Countries by Individual Members of the Faculty of Harvard University, avril 2001, (www.hsph.harvard.edu/hai/overview/news_events/events/consensus.html).

⁸ Ronald Bayer, « The Two Worlds of AIDS: The Moral Challenge of Global Inequity », discours du 10 juillet 2000 à la XIII^e Conférence internationale sur le sida, Durban, 7-12 juillet 2000, Séance PL02 (« Exposing the Silence ») : « Il fut un temps, aux début de l'épidémie du sida, où une rude égalité mondiale définissait l'expérience des nations. Dans les plus riches pays comme dans les plus pauvres, la médecine était simplement incapable de relever les défis d'une maladie qui frappait la jeunesse et qui rendait les médecins inutiles, alors que leurs patients mouraient rapidement d'une succession d'infections opportunistes. »

⁹ *Ibid.* Voir aussi les citations de divers médecins dans le discours de Bayer; Jill A. Cadman, « Some relief from the Epidemic », *GMHC Treatment Issues*, mars 1997, 11(3) (via www.gmhc.org/living/treatment.html).

¹⁰ Voir www.accessmed-msf.org/campaign/faq.shtm.

¹¹ Cela a été nié dans un argument financé par l'industrie pharmaceutique; voir A. Attaran et L. Gillespie-White, « Do Patents for Anti-retroviral Drugs Constrain Access to AIDS Treatment in Africa? » *Journal of the American Medical Association*, 2001, 286 : 1886-1892 – « Nous concluons que divers obstacles de facto jouent un plus grand rôle dans l'obstacle à l'accès à des antirétroviraux, notamment la pauvreté des pays africains, le coût élevé des médicaments antirétroviraux, les exigences nationales en matière de réglementation des médicaments, les taxes et tarifs sur les ventes, et par dessus tout, le manque

d'aide financière internationale pour financer les traitements antirétroviraux » [trad.] (à <http://jama.ama-assn.org/issues/v286n15/full/jsc10222.html>). Mais cette position a été contestée par le Consumer Project on Technology, Essential Action, Oxfam, la Treatment Access Campaign et Health Gap: « Comment on the Attaran/Gillespie-White and PhRMA surveys of patents on antiretroviral drugs in Africa », 16 octobre 2001, (à www.cptech.org/ip/health/africa/dopatentsmatterinafrica.html) (soulignant que des médicaments comme le Trizivir avaient été omis de l'étude d'Attaran/Gillespie-White; et que « des prix plus bas pour les médicaments ARV en Afrique sont dus à des menaces attribuables à l'arrivée de produits génériques » rendue possible par la production en l'absence d'interdiction par des brevets).

¹² Le 1 janvier 1995, l'OMC (représentant 144 pays le 1 janvier 2002) a remplacé l'Accord général sur le commerce et les tarifs (GATT 1947) à titre de cadre de réglementation pour le commerce multilatéral (www.wto.org/french/thefto/tf/gattmem_f.htm).

¹³ Pour un survol de l'OMC et de l'Accord sur les ADPIC, voir www.wto.org. Voir aussi : Organisation mondiale de la santé (Programme d'action pour les médicaments essentiels), *Mondialisation et accès aux médicaments – Perspectives sur l'Accord ADPIC de l'OMC*, Série Économie de la santé et médicaments, série DAP, No 7, WHO/DAP/98.9 (révisé), Genève, OMS, 1999 (www.who.int/medicines).

¹⁴ Bayer, *supra*.

¹⁵ Voir Virginia A. Leary, « The Right to Health in International Human Rights Law », *Health and Human Rights*, 1994, 1(1), (à www.hsph.harvard.edu/fxbcenter/VINI1.htm).

¹⁶ Article 25 : « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille. » Voir Jonathan Mann, « Dignity and Health: The UDHR's Revolutionary First Article », *Health and Human Rights*, 1998, 3(2) : 31-38. L'article 1 de la DUDH stipule : « Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité. »

¹⁷ L'article 12 affirme « le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale » susceptible d'être atteint. Il nécessite que les gouvernements adoptent, entre autres, les mesures nécessaires pour la « La prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies; » et créent les « conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie. » Voir aussi *Observation générale 14: Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (Article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, UNESCO, 22^e Session, UN Doc. E/C.12/2000/4, CESCR (2000)*, (via www.unhcr.ch).

¹⁸ Voir J.M. Mann et coll., « Health and Human Rights », *Health and Human Rights*, 1994, 1(1) : 6.

¹⁹ M. Kirby, « AIDS and the Law », *South African Journal of Human Rights*, 1993, 9 : 1, 2-4; M. Kirby, « Les droits de la personne et le paradoxe du VIH/sida », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1997, 3(2/3) : 57-59.

²⁰ Daniel Tarantola, « The Shifting HIV/AIDS Paradigm: Twenty Years and Counting », *Health and Human Rights*, 2000, 5(1) : 3.

²¹ J. Mann, D.J.M. Tarantola et T.W. Netter (éd.), *AIDS in the World: A Global Report*, Cambridge, Harvard University Press, 1992.

²² Voir p. ex. : Thomas L. Friedman, « It Takes a Village »,

New York Times, 27 avril 2001. Michael Specter prétend par ailleurs que la prévention est en compétition avec le traitement : « Une société qui n'a pas de systèmes sophistiqués de soins de santé, et où des dizaines de millions de gens n'ont même pas accès à de l'eau potable, a besoin de mettre l'accent sur la prévention. Elle ne peut tout simplement pas se permettre de commencer avec les médicaments les plus chers, pour ses maladies les plus complexes », « *Annals of Medicine - India's plague: Cheaper drugs may help millions who have AIDS – but how many will they hurt?* », *New Yorker*, 17 décembre 2001. E. Marseille et d'autres avancent qu'en raison du manque de financement, les fonds mondiaux pour le sida devraient être axés sur la prévention et non sur les traitements : dans *Lancet* 2002, 359 : 1851-1856. En revanche, Tina Rosenberg, « Look at Brazil », *New York Times*, 28 janvier 2001 : « Il semble absurde que des pays qui ne dépenseront pas 10\$ pour soigner un enfant atteint de diarrhée doivent dépenser des milliers de dollars pour donner des médicaments pour le sida à leurs femmes enceintes. Mais au Brésil, il n'y a pas eu de compromis. Le programme a très probablement épargné de l'argent au ministère de la Santé, amélioré le traitement d'autres maladies et – fait très important – suscité un lobby qui parle fort pour l'amélioration des soins de santé. Pour les pays où les infrastructures de soins de santé sont piètres, un programme pour le financement international de la lutte contre le sida pourrait contribuer à développer un réseau de cliniques et d'intervenants qualifiés qui pourraient aussi soigner les diarrhées. » Voir aussi la Déclaration de « A Focus on Women », 3rd Conference on Global Strategies for Prevention of HIV Transmission from Mothers to Infants, Kampala, 9-13 septembre 2001 (via <http://www.globalstrategies.org>) et le discours de Faith Akiki.

²³ Paul Farmer, « Prevention Without Treatment is Not Sustainable », discours du 10 juillet 2000, XIII^e Conférence internationale sur le sida, Durban, 7-12 juillet 2000; Harvard Faculty Consensus Statement, *supra*. La *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida* adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies en session extraordinaire (UNGASS) sur le VIH/sida, les 25-27 juin 2001, reconnaît que « **prévention, soins, appui et traitement sont les éléments complémentaires d'une prise en charge efficace ... et doivent faire partie intégrante d'une démarche globale de lutte contre l'épidémie** » (paragr. 17).

²⁴ Liz Highleyman, « Drugs Reduce Viral Load – But Not to Safe Levels », *Bulletin of Experimental Treatments for AIDS*, automne 2000 (publié par la San Francisco AIDS Foundation), à www.thebody.com/sfaf/autumn00/news_briefs.html.

²⁵ Par ex., Marliese Richter, « Aiding intolerance and fear: The nature and extent of AIDS discrimination in South Africa », *Law, Democracy and Development*, 2001, 5(2) : 195-211.

²⁶ Voir le site Internet de la Treatment Action Campaign (www.tac.org.za) pour des détails.

²⁷ Belinda Beresford, « The heart of the AIDS protest », *Mail & Guardian* [Johannesburg], 12-18 avril 2002.

²⁸ Voir : TAC, communiqué : « Countrywide events for Human Rights highlight Constitutional Court hearing on Mother-to-Child Transmission Prevention », 2 mai 2002, et le mémoire d'accompagnement à l'intention du gouvernement.

²⁹ Susan K. Sell, « TRIPS and the Access to Medicines Campaign, Private Power, Public Law: The Globalization of Intellectual Property Rights » (à paraître); Liz Highleyman, *The Global Epidemic - Affordable Drug Access for Developing Countries* (2001) (à www.thebody.com/sfaf/summer01/drug_access.html#price_cuts); et les archives médiatiques du GTAC à www.globaltreatmentaccess.org.

³⁰ Voir Daniel Tarantola, « The Shifting HIV/AIDS Paradigm: Twenty Years and Counting » *Health and Human Rights*, 2000, 5(1) : « Le droit du patient à la plus haute norme atteignable, à des soins, au produit de progrès scientifique ainsi qu'à la solidarité internationale a été invoqué dans les efforts pour rendre les nouvelles thérapies accessibles à la majorité des populations qui vivent avec le VIH/sida dans le monde ».

³¹ Mark Heywood et Bebe Loff, « Patents on Drugs: Manufacturing Scarcity or Reproductive Health? », *Journal of Law, Medicine and Ethics*, (à paraître) : « Le droit à la santé inclut les médicaments nécessaires à la santé, en tant que droit humain qui peut être revendiqué auprès des gouvernements, est assez largement établi. La jurisprudence mondiale abonde de cas où ce droit a été revendiqué avec succès. »

³² La Cour suprême de l'Inde a considéré que ce droit fait partie intégrante du droit à la vie, garanti par l'article 12 de la Constitution de l'Inde : *State of Punjab and others v Mohinder Singh Chawla and others* 1997 AIR 1225. L'article 27(1) de la Constitution de l'Afrique du Sud (1996) stipule : « Toute personne a le droit d'accès à (a) des services de soins de santé, y compris en matière de santé génésique » [trad.].

³³ Antonio Matamoros, « Access to Treatment: AIDS-Affected Population in Costa Rica Wins Constitutional Challenge. Summary of presentation (by one of the plaintiffs) », à la XII^e Conférence internationale sur le sida (Genève, 1998), publié et traduit en français dans *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1999; 4(2/3).

³⁴ Le 28 avril 1999, Odir Miranda, président de l'Association salvadorienne des personnes vivant avec le VIH/sida (ATLACATL), a déposé une plainte à la Cour suprême du Salvador demandant que l'Institut salvadorien de la Sécurité sociale, un volet du système national de soins de santé publics, fournisse des antirétroviraux aux personnes vivant avec le VIH/sida. L'Inter-American Commission on Human Rights a été invitée à intervenir et s'est occupé du dossier. Le 29 février 2000, elle a ordonné au gouvernement du Salvador de commencer à fournir des médicaments aux 26 plaignants encore en vie (10 autres plaignants étaient décédés). L'ordonnance d'urgence a été prononcée pour une durée de six mois, pendant que les audiences se poursuivaient au Salvador. La Commission a ordonné au gouvernement salvadorien de « fournir l'attention médicale nécessaire à protéger la vie et la santé de Jorge Odir Miranda Cortez et des 25 autres personnes susmentionnées ... En particulier, la Commission sollicite que votre illustre gouvernement fournisse les médicaments antirétroviraux nécessaires pour éviter la mort des personnes susmentionnées, ainsi qu'une attention en milieu hospitalier et du soutien nutritionnel pour renforcer le système immunitaire et empêcher le développement de maladies et d'infections. » [trad.] (via www.cidh.oas.org/DefaultE.htm).

³⁵ Bermudez et al v Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, 15 juillet 1999, Supreme Court of Justice of Venezuela, Case No 15.789, Decision No 916. Pour une discussion, voir : Mary Ann Torres, « The Human Right to Health, National Courts and Access to HIV/AIDS Treatment: A Case Study from Venezuela », *Chicago Journal of International Law*, 2002, 3(1) : 105.

³⁶ Pour un aperçu, voir E. Cameron, « The deafening silence of AIDS », *Health and Human Rights*, 2000, 5(1) : 7-24; reproduit et traduit en français, « L'assourdissant silence du sida », dans *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2000, 5(4) : 79-86.

³⁷ Les mécanismes d'importation parallèle cruciaux à la Medicines and Related Substances Control Amendment Act, 90, de 1997, en Afrique du Sud, étaient contestés

dans l'affaire abandonnée de *Pharmaceutical Manufacturers' Association and others v President of the Republic of South Africa and others*, Case No 4183/98, High Court of South Africa (Transvaal Provincial Division), documenté par Mark Heywood, « Debunking "Conglomoto-talk": a case study of the *amicus curiae* as an instrument for advocacy, investigation and mobilisation », *Law, Democracy and Development*, 2001, 5(2) : 133-162.

³⁸ Voir le discours de R. Elliott, « The role of civil society: recent developments and implications for the human right to health », présenté au panel « Realising the right to health: Access to HIV/AIDS-related medication » organisé par l'ONUSIDA, l'OMS et l'OHCHR lors de la Commission de l'ONU sur les droits de l'homme, le 3 avril 2002 (www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/cts/righttohealth.doc).

³⁹ Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée au VIH/sida, *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida*, *supra*, note 23.

⁴⁰ Adoptée le 14 novembre 2001, WT/MIN(01)/DEC/2 (www.wto.org).

⁴¹ A. Whiteside, « The World Bank discovers AIDS », *AIDS Analysis Africa* décembre 1999/janvier 2000, 10(4); J. Burgess, « AIDS measures top World Bank agenda », *Washington Post*, 13 avril 2000.

⁴² Résolution 2001/51, 24 avril 2001 (www.unhcr.ch/hiv/documents.htm).

⁴³ Résolution 2001/33, 20 avril 2001 (www.unhcr.ch/hiv/documents.htm).

⁴⁴ Voir *supra*, note 3, (et les liens à www.unaids.org/UNGASS).

⁴⁵ Voir, p. ex., « Confronting HIV/AIDS "A point of honour, not a source of shame," Secretary General tells Partners Against AIDS in Africa », Genève, 6 décembre 1999 (www.unaids.org, sous « For Journalists »); « Secretary-General proposed global fund for fight against HIV/AIDS and other infectious diseases at African leaders summit, Abuja, Nigeria », 26 avril 2001 (www.un.org/News/Press/docs/2001/SGSM7779R1.doc.htm); discours de Kofi Annan à l'Assemblée mondiale de la santé, Genève, 17 mai 2001 (www.unaids.org/whatsnew/speeches/eng/SG1705wha.htm).

⁴⁶ *Déclaration ministérielle*, quatrième session de la Conférence ministérielle de l'OMC, Doha, 9-14 novembre 2001, WT/MIN(01)/DEC/W1, paragr. 17 (www.wto.org).

⁴⁷ Communiqué de presse de l'OMS/ONUSIDA/UNICEF, « Premiers résultats de l'initiative pour améliorer l'accès à des médicaments de qualité contre le VIH », WHO/19, 20 mars 2002 (www.unaids.org/whatsnew/press/frn/pressarc02/HIVmedicines_200302.html). La liste comprend onze médicaments antirétroviraux et cinq produits contre des infections opportunistes. Les antirétroviraux sur la liste permettent plusieurs combinaisons pour la multithérapie. C'est le début d'un processus continu. D'autres produits et fournisseurs seront ajoutés lorsqu'on en découvrira qui rencontrent les normes en vigueur: « Le projet pour l'accès à des médicaments et à des diagnostics du VIH/sida de qualité fait partie de la stratégie d'ensemble du système des Nations Unies pour améliorer l'accès aux traitements. Cette stratégie est conçue pour encourager une utilisation rationnelle des médicaments, les mettre, ainsi que les diagnostics, à des prix abordables, assurer un financement durable et établir des systèmes fiables de santé et d'approvisionnement. » La directrice générale de l'OMS, Gro Harlem Brundtland, a affirmé que l'OMS veut « voir se développer l'accès des malades à des soins de qualité, notamment pour des maladies comme le VIH/sida qui les maintiennent dans un état de pauvreté et freine[nt] le développement économique de leur communauté. »

⁴⁸ Résolution 2002/32, 22 avril 2002 (www.unhcr.ch/hiv/documents.htm).

⁴⁹ Le 17 avril 2002, le gouvernement sud-africain a publié une déclaration où il reconnaît pour la première fois que des médicaments antirétroviraux « pourraient aider à améliorer l'état des personnes vivant avec le VIH/sida, si on les administre à certains stades de la progression de la maladie, conformément aux normes internationales », et exprime un engagement « à travailler pour réduire le coût de ces médicaments » (www.gov.za/speeches/cabinet/aid02.htm). Au moment de la rédaction du présent article, on ne sait toujours pas comment le gouvernement appliquera cet engagement dans la pratique.

⁵⁰ D'après la politique nationale brésilienne sur les médicaments anti-sida (2001), « La loi du congrès no 9113, du 13 novembre 1996, garantit à chaque patient l'accès gratuit à tous les médicaments requis par son traitement, y compris des inhibiteurs de la protéase ».

⁵¹ « AIDS: The Greatest Leadership Challenge », discours prononcé à Addis Ababa lors du Forum sur le développement africain, 4 décembre 2000 (www.uneca.org/adf2000/daily_updates/index.htm).

⁵² A. Amman, S. Nogueira, éditorial: « Governments as facilitators or obstacles in the HIV epidemic », *British Medical Journal*, 2002, 324 : 184-185.

⁵³ Voir R. Swarns, « Free AIDS care brings hope to Botswana », *New York Times*, 8 mai 2001; R. Swarns, « Botswana president backs AIDS drug roll-out », *Business Day*, 10 avril 2002.

⁵⁴ US Centers for Disease Control, *CDC HIV/STD/TB Prevention News Update*, 19 avril 2002.

⁵⁵ H. Cauvin, « Zimbabwe acts to obtain AIDS drugs at low prices » *New York Times*, 31 mai 2002. Information supplémentaire à www.cptech.org/ip/health/c/zimbabwe.

⁵⁶ Consumer Project on Technology, Essential Action, Oxfam, Treatment Access Campaign, et Health Gap, *supra*, note 11. Le Brésil a adopté des lois conformes à l'Accord sur les ADPIC avant d'être contraint de le faire.

⁵⁷ « New list of safe AIDS drugs, despite industry lobby », *New York Times*, 20 mars 2002. Au sujet du fabricant indien de médicaments génériques, voir: « A very pushy drug dealer », *Times of India*, 29 avril 2002 (www.cipla.com/whatsnew/ciplanews.htm#AIDS).

⁵⁸ Voir, en général, www.accessmed-msf.org/campaign/faq.shtm.

⁵⁹ L'article 8.1 de l'Accord sur les ADPIC stipule: « Les Membres pourront, lorsqu'ils élaboreront ou modifieront leurs lois et réglementations, adopter les mesures nécessaires pour protéger la santé publique et la nutrition et pour promouvoir l'intérêt public dans des secteurs d'une importance vitale pour leur développement socio-économique et technologique, à condition que ces mesures soient compatibles avec les dispositions du présent accord. »

⁶⁰ Pharmaceutical Research and Manufacturers of America (PhRMA), *Why do prescription drugs cost so much ... and other questions about your medicines* (www.phrma.org/publications/publications/brochure/questions).

⁶¹ P. Drahos, *A Philosophy of Intellectual Property*, Aldershot, Dartmouth Publishing Company Limited, 1996, p. 52, cité dans J.M. Berger, *Tripping over Patents: AIDS, Access to Medicines and the Manufacturing of Scarcity*, (thèse de maîtrise), University of Toronto School of Law, juin 2001 (www.tac.org.za): « Le fait de se concentrer sur le travail d'individus pourrait écarter la possibilité de possession privée d'objets abstraits. Dans une société interdépendante et différenciée, le travail

de tout individu dépend de celui d'autres individus. Si nous définissons une contribution directe de travail en termes de contribution qui permet la production d'un objet abstrait, cela pousse à reconnaître le fait que pratiquement tout objet abstrait possédé par un individu est en réalité la possession de tous, en vertu du travail commun ».

⁶² Berger, *supra*, note 61, section 1.1.1.

⁶³ A.R. Chapman, « New projects focus on intellectual property and human rights », *Report on Science & Human Rights*, 2002, 12(1) (<http://shraaas.org/report/xxii/ip.htm>).

⁶⁴ Au sujet de l'approche des gouvernements américain et canadien dans l'affaire de la ciprofloxacine pour le traitement de la maladie du charbon, voir « Editorial. Patent protection versus public health », *Lancet*, 2001, 58 : 1563.

⁶⁵ D.M. Berwick, « We all have AIDS », *Washington Post*, 26 juin 2001, A17 : « Voici ce dont le monde a besoin : des médicaments anti-sida gratuits. Les nations dévastées ont besoin de médicaments anti-sida sans aucun frais, ou au strict minimum, des médicaments offerts au prix marginal de leur fabrication, sans tous les coûts indirects ».

⁶⁶ L'industrie pharmaceutique de l'Inde montre bien ce que peut permettre l'attribution à des fabricants de produire des médicaments pour le marché local sans payer les lourds frais de licence. À l'heure actuelle, en Inde, le Lariam®, un traitement contre la paludisme, coûte 37 \$ US aux États-Unis et 4 \$ US en Inde; l'AZT 239 \$ US aux États-Unis et 48 \$ US en Inde. Ces prix inférieurs pourraient ne pas durer si l'Inde est forcée à appliquer des brevets domestiques pour les médicaments. (Voir www.iglhrc.org/issues/accesstotreatment/accesstodrugs.html)

⁶⁷ Pour une entrevue sur l'expérience brésilienne dans la fourniture d'antirétroviraux contre le VIH/sida, voir M. Harrington, « Brazil: What Went Right? The Global Challenge of Access to Treatment & the Issue of Compulsory Licensing », 10th National Meeting of People Living with HIV and AIDS, Rio de Janeiro, 3 novembre 2000 (<http://www.aidsinfonyc.org/tag/activism/brazil.html>).

⁶⁸ IGLHRC, *Getting the law on your side: monopolies don't make a "free market"* (www.iglhrc.org/issues/accesstotreatment/accesstodrugs.html).

⁶⁹ Oxfam, *Rigged Rules and Double Standards: Trade, Globalization, and the Fight Against Poverty* (www.maketradeair.com).

⁷⁰ M. Kirby, « The right to health fifty years on – still sceptical? », *Health and Human Rights*, 1999, 4(1), (www.lawfoundation.net.au/resources/kirby/papers/19981214_harv.html).

⁷¹ Consumer Project on Technology, *Additional notes on government role in the development of HIV/AIDS drugs*, 23 février 2000 (www.cptech.org/ip/health/aids/gov-role.html).

⁷² Voir www.accessmed-msf.org.

⁷³ Un fabricant pharmaceutique a fait pression sur le gouvernement du Ghana pour l'empêcher d'autoriser l'importation d'une version générique d'un de ses médicaments, alors que ce médicament n'était même pas breveté dans ce pays.

⁷⁴ L'article 15.1(b) du PIDÉSC reconnaît le droit de toute personne de « to enjoy the benefits of scientific progress and its applications » (www.unhcr.ch/html/menu3/b/a_ceschr.htm).

⁷⁵ J.M. Lang, « The WTO: Is it working? », dans *Are international institutions doing their job? Proceedings of the 90th Annual Meeting of the American Society of International Law (ASIL)*, 27-30 mars 1996, Washington DC.

L'ex-ambassadeur Lang a affirmé que le rôle des États-Unis dans la formation de l'OMC « reflète une reconnaissance que le commerce peut catalyser à la fois le bien-être des économies et celui des citoyens ».

⁷⁶ S.R. Friedman, « HIV-related politics in long-term perspective », *AIDS Care*, 1998, 10(2) : 93-103.

⁷⁷ A. Otten, H. Wager: « Compliance with TRIPS: the emerging world view », *Vanderbilt Journal of Transnational Law*, 1996, 29 : 391. Les auteurs de cet article concluent que « sans résoudre tous les problèmes liés aux questions internationales de propriété intellectuelle, l'Accord sur les ADPIC constitue l'entente internationale la plus complète, pour la protection de cette propriété, et la base du développement futur des règles internationales ».

⁷⁸ Voir Berger, *supra*, note 61, au chapitre 2.1 : « L'interprétation des possibilités de souplesse réglementaire de l'ADPIC, lorsqu'il y a plusieurs possibilités, devrait se faire en considération de la constitution domestique du pays ».

⁷⁹ Déclaration sur les ADPIC et la santé publique, Quatrième conférence ministérielle de l'OMC, Doha, 14 novembre 2001, para 6 (http://www.wto.org/french/thefto_ft/minist_f/min01_f/mindecl_trips_f.htm).

⁸⁰ Voir documents à http://www.wto.org/french/tratop_ft/trips_ft/news_f.htm.

⁸¹ Voir Oxfam, *TRIPS and Public Health. Oxfam Briefing Paper 15*, avril 2002 (www.cptech.org/files/Oxfam-Int-TRIPSPublicHealth.doc).

⁸² *Ibid.* Les pays visés sont l'Argentine, la Colombie, l'Inde et la Turquie.

⁸³ Le texte du GATS est à http://www.wto.org/french/tratop_ft/serv_f/gatsintr_f.htm. Pour une discussion, voir D.J. Lipson, « The World Trade Organisation's health agenda », *British Medical Journal*, 2001, 323 : 1139-1140; A. Pollock, D. Price, « Rewriting the regulations: how the World Trade Organisation could accelerate privatisation in health-care systems », *Lancet*, 2000, 356 : 1995-2000. Voir aussi : *Liberalisation of Trade and Services and Human Rights*. Sous-commission des Nations Unies sur les droits de la personne, résolution 2001/4, 15 août 2001 (via www.unhcr.ch/hiv/documents.htm).

⁸⁴ Oxfam, *supra*, note 81, p. 3.

⁸⁵ T. France et coll., « The Global Fund: which countries owe how much? », 21 avril 2002 (www.hdnet.org/UNGASS%20docs/GFATM/gf_article_april_21_2002.htm); M. Lee, « Africa shortchanged: the Global Fund and the G8 agenda », *Behind the Numbers*, 2002, 4(4) : 1-4 (via Canadian Centre for Policy Alternatives, à www.policyalternatives.ca); Conseil international des ONG de lutte contre le sida, *mise à jour sur le Fonds mondial – Information sur le Fonds mondial de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme*, Toronto,

l'ICASO, 2002 (via www.icaso.org en cliquant « Global Fund »).

⁸⁶ Médecins Sans Frontières a dit craindre que « puisque les donateurs et certains intervenants de la communauté internationale en matière de santé sont traditionnellement en faveur de la prévention aux dépens des traitements, les patients déjà infectés seraient laissés pour compte parce que leur traitement serait considéré 'peu rentable' »; voir B. Pecoul, « Open letter to members of the transitional working group and technical support secretariat of the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria », 9 novembre 2001 (<http://lists.essential.org/pipermail/ip-health/2001-November/002386.html>).

⁸⁷ Voir www.globalfundatm.org/principles.html.

⁸⁸ D. Toler, « Analysts call for debt relief to address health needs », *AIDS Today*, février 2000 (avec référence à un estimé de 3 milliards US par année, par l'ONUSIDA en 2000).

⁸⁹ *United States Debt Relief Enhancement Act of 2002*.

⁹⁰ Voir la critique, par Africa Action, 14 juin 2002, de l'initiative sur la dette pour les pays pauvres lourdement endettés, 18 juin 2002 (via le forum AF-AIDS à <http://archives.healthdev.net/af-aids>).

⁹¹ S.G. Stolberg, « Bush offers plan to help mothers avoid passing HIV to babies », *New York Times*, 20 juin 2002.

⁹² Voir www.ighrc.org/issues/accesstotreatment/accesstodrugs.html.

⁹³ M.-H. Bonin, « Donner accès aux médicaments essentiels : Pourquoi une campagne mondiale est nécessaire », septembre 2001 (<http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/evnements/exposes-aga2001.htm>). L'auteure indique que des 60-70 milliards \$ US consacrés à la recherche sur la santé en 2001, 10% vont à des problèmes qui affectent 90% de la population mondiale; elle ajoute que la recherche et le développement de médicaments est déterminé par le potentiel de profit des marchés – donc « pas de marché, pas de recherche ». Voir aussi K. Prakash-Mani, « Aid for the victims: the role of healthcare companies », *SustainAbility Radar*, février 2001 : 19, aussi sur le Web, sous le titre « Drugs in the developing world » (via www.sustainability.com); et Médecins Sans Frontières, recommandations à la 55^e Assemblée mondiale de la santé, 13 mai 2002 (www.lists.essential.org/pipermail/ip-health/2002-May/002986.htm), où il est affirmé qu'au lieu d'aider les pays à apprendre à se débrouiller avec un bassin toujours plus limité de médicaments efficaces contre des maladies négligées, l'OMS devrait s'occuper de recherche et de développement dans le cadre de sa stratégie générale pour l'accroissement de l'accès aux médicaments essentiels.

⁹⁴ P. Farmer et coll., « Community-based approaches to HIV treatment in resource-poor settings », *Lancet*, 2001,

358 : 404-409; P. Msellati et coll., « Socio-economic and Behavioural Evaluation of the UNAIDS–Ministry of Health Initiative on Drug Access for HIV Infection in Côte d'Ivoire. Preliminary Report, mai 2000 (reçu du prof. Didier Fassin de l'Université de Paris-13 Nord); Consensus Statement, *supra*, note 7.

⁹⁵ Un chercheur de l'Université de Witwatersrand a conçu une méthode grandement simplifiée et plus précise, pour le décompte des CD4 : D.K. Glencross et coll., « CD45-assisted PanLeucogating for accurate, cost-effective dual platform CD4+ T-cell enumeration », *Cytometry (Clinical Communications)*, 2002, 50(2) : 69-77.

⁹⁶ Merci à la Dre Mandeep Dhaliwal, de l'International AIDS Alliance, Londres, pour ses discussions avec nous à ce sujet.

⁹⁷ P.ex., AIDS Empowerment and Treatment International (www.aidsseti.org) et Médecins Sans Frontières (www.msf.org).

⁹⁸ Les étapes en ce sens sont expliquées, dans *Summary Report: Ethical Dimensions of Issues of Access to Medicines and Care, April 7-9, 2002*, Notre Dame Center for Ethics and Religious Values in Business (via www.nd.edu/~ethics en cliquant « International Conference on HIV/AIDS held at Notre Dame »).

⁹⁹ *Supra*, note 23, parag. 56 : « D'ici à 2005, élaborer des stratégies globales en matière de soins et réaliser des progrès sensibles dans leur mise en œuvre pour renforcer les soins de santé aux niveaux familial et communautaire, notamment ceux dispensés par le secteur informel, et les systèmes de prestations sanitaires, afin de soigner les personnes atteintes du VIH/sida et de les suivre, en particulier les enfants infectés, et de soutenir les personnes, les ménages, les familles et les communautés affectés par le VIH/sida; et améliorer les capacités et les conditions de travail du personnel soignant et l'efficacité des systèmes de distribution, des plans de financement et des mécanismes d'orientation nécessaires pour assurer l'accès à des traitements abordables, y compris aux médicaments antirétroviraux, aux diagnostics et aux technologies connexes ainsi qu'à des soins médicaux, palliatifs et psychosociaux de qualité ».

¹⁰⁰ Voir, p. ex. Heywood, *supra*, note 37.

¹⁰¹ P. ex., V.A. Leary, « The right to health in international human rights law », *Health and Human Rights*, 1994, 1(1) (www.hsph.harvard.edu/fixcenter/VINI.htm); B.C.A. Toebes, *The Right to Health as a Human Right in International Law*, Antvers, Intersentia-Hart, 1999; A.R. Chapman, « Conceptualizing the right to health: a violations approach », *Tennessee Law Review*, 1998, 65 : 389. Voir aussi Comité des droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU, *Observation générale no 14, supra*, note 17.

¹⁰² Kirby, *supra*, note 70.