

VIH/SIDA ET DROIT

VOLUME 9, NUMÉRO 1, AVRIL 2004

Microbicides, traitements et vaccins anti-VIH : vers un plaidoyer coordonné

En novembre 2003, le Réseau juridique canadien VIH/sida a organisé une rencontre internationale d'experts en matière de traitements, de vaccins et de microbicides, à Montréal. Le rassemblement marquait un important jalon : c'était la première rencontre et occasion d'échange sur les priorités de politiques entre les militants de ces trois domaines. Dans le présent article, John Godwin résume un document de fond préparé pour l'occasion ainsi que les principaux résultats de la rencontre. Il explique pourquoi l'élaboration d'un ordre du jour commun est devenue prioritaire pour les organismes de promotion des intérêts de ces trois domaines, en dépit de leurs historiques différents et du fait qu'ils ont souvent été en position de concurrence plutôt que de collaboration. Il examine l'apport d'une approche de droits humains de même que la pertinence du continuum prévention-soins-traitements pour un plaidoyer commun. Il envisage des domaines possibles d'action conjointe – notamment le financement, les essais cliniques, les partenariats entre les secteurs public et privé, les crédits d'impôt, les questions de responsabilité, les prix équitables, l'approvisionnement en grande quantité, les questions de réglementation, la fabrication, la distribution et les plans nationaux. En conclusion, il identifie de futures occasions d'efforts communs de plaidoyer et il décrit les prochaines étapes qu'envisage le Réseau juridique pour en soutenir la coordination.

Introduction

Jusqu'à récemment, les militants pour le progrès des traitements, des vaccins et des microbicides poursuivaient séparément leurs objectifs.

voir page 7



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

Publié par le Réseau juridique canadien VIH/sida. La réalisation de la *Revue canadienne VIH/sida et droit* est rendue possible grâce à une contribution financière de Santé Canada.

Dans ce numéro

- | | |
|---|----|
| Québec – Torrent de stigmata et de discrimination liés au VIH/sida | 16 |
| Alberta – Nouveau projet de loi pour autoriser le test obligatoire du VIH en situation d'urgence | 23 |
| Frénésie médiatique devant la remise en liberté d'un Terre-neuvien | 24 |
| Caraïbe – Soutien régional pour la réforme du droit et des politiques touchant le VIH/sida | 32 |
| Fédération de Russie – Peines réduites pour la possession de drogue illégale | 36 |
| Lancement de la Déclaration de Dublin sur le VIH/sida en prison | 43 |
| Les limites aux conjoints de même sexe dans les prestations de survivant du RPC sont inconstitutionnelles | 58 |

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-nous 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 : info@aidslaw.ca

Directeur de la rédaction et rédacteur en chef, Nouvelles canadiennes : David Garmaise, dgarmaise@rogers.com
Rédacteur en chef, Nouvelles internationales : David Patterson, dpatterson@aidslaw.ca
Rédacteur en chef, Accès mondial aux traitements : Richard Elliott, relliott@aidslaw.ca
Rédacteur en chef, Le VIH/sida devant les tribunaux : Glenn Betteridge, gbetteridge@aidslaw.ca
Rédacteur en chef, Le VIH/sida en prison : Ralf Jürgens, ralfj@aidslaw.ca

Correspondants réguliers, Nouvelles canadiennes :

Registre géographique
Tarel Quandt, Colombie-Britannique, tarelq@bcpwa.org
Rebecca Scheer, Alberta, rscheer@aidscalgary.org
Roger Procyk, Manitoba et Saskatchewan, rprocyk@ninecircles.ca
Glenn Betteridge, Ontario, gbetteridge@aidslaw.ca
Ruth Carey, Ontario, careyr@lao.on.ca
Matthew Perry, Ontario, perrym@lao.on.ca
Michel Morin, Québec, info@cocqsida.com
Christine Vézina, Québec, christine.vezina@cocqsida.com
Bill Downer, Terre-Neuve et Labrador, bdownder@acnl.net
Registre thématique
Ian Culbert, dossier santé publique, iculbert@cpha.ca
Thomas Kerr, dossier usage de drogues illégales, tkerr@aidslaw.ca
Derek Thaczuk, dossier marijuana médicinale, derekt@pwtoronto.org

Réviseurs : Garry Bowers et Jean Dussault
Traducteurs : Roger Caron, Jean Dussault, Josée Dussault et Johanne Forget
Mise en page : Graphiques C & G, Montréal

© Réseau juridique canadien VIH/sida 2004. Le Réseau encourage la diffusion de l'information contenue dans sa Revue et accordera la permission de reproduire du matériel pour peu que l'origine et la source en soient mentionnées. La rédaction apprécierait que lui soit fourni un exemplaire des publications dans lesquelles des extraits de la Revue sont utilisés.

Circulation : 2 000
ISSN 1195-5252

La réalisation de la *Revue canadienne VIH/sida et droit* est rendue possible grâce à une contribution financière de Santé Canada.

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, écrire à info@aidslaw.ca ou consulter notre site Internet à www.aidslaw.ca/francais/lereseau/devenirmembre.htm.

www.aidslaw.ca

SITE WEB DU
RÉSEAU JURIDIQUE
CANADIEN VIH/SIDA

TABLE DES MATIÈRES

ÉDITORIAL	5
DOSSIER	
Microbicides, traitements et vaccins anti-VIH : vers un plaidoyer coordonné	1
NOUVELLES CANADIENNES	16
Québec – Torrent de stigmate et de discrimination liés au VIH/sida	16
Alberta – Nouveau projet de loi pour autoriser le test obligatoire du VIH en situation d'urgence	23
Frénésie médiatique devant la remise en liberté d'un Terre-neuvien	24
Santé Canada rend de la marijuana disponible pour usage médicinal	25
Le sida en milieu de travail : un programme toujours pertinent	27
En bref	29
Création d'un Réseau d'appui à l'application communautaire de l'UNGASS	
Lignes directrices sur l'éducation en matière de santé sexuelle : mise à jour	
Déboires de HIV Edmonton pour trouver un assureur : avertissement aux OLS	
Winnipeg s'allie à Kampala pour combattre le VIH/sida en Uganda	
NOUVELLES INTERNATIONALES	32
Caraïbe – Soutien régional pour la réforme du droit et des politiques touchant le VIH/sida	32
Chine – Des personnes séropositives se plaignent de la conduite d'une recherche médicale	35
Fédération de Russie – Peines réduites pour la possession de drogue illégale	36
Kenya – Accès à l'école pour les orphelins et enfants séropositifs, grâce à la sensibilisation au droit dans le contexte du sida	37
Kenya – La réforme du droit du travail aborde le VIH/sida	38
La Réunion régionale africaine de l'OIT appuie les efforts d'employeurs et de groupes de travailleurs contre le VIH/sida	39
Afrique – Atelier régional sur le VIH/sida et le droit à la santé	39
Hongrie – La discrimination injustifiée confirme le besoin de sensibilisation	40
Europe de l'Est et Asie centrale – Un rapport identifie des lacunes touchant les droits humains	41
LE VIH/SIDA EN PRISON	43
Lancement de la Déclaration de Dublin sur le VIH/sida en prison	43
<i>Texte de la Déclaration de Dublin</i>	45

.../4

Programmes d'échange de seringues en prison : un nouveau survol est publié	51
La Commission canadienne des droits de la personne recommande des programmes d'échange de seringues en prison	52
Portugal – Un rapport recommande en prison l'échange de seringues ou des sites d'injection sécuritaire	53
Canada – Enquête du coroner sur un décès lié à la méthadone	54
Canada – Une cour affirme que les dossiers médicaux des détenus doivent être traités comme personnels et confidentiels	55
Autres développements	56
Statistiques sur le VIH/sida dans les prisons états-uniennes	
Australie – Rafale d'hépatite C en prison	
VIH et hépatite en prison : nouveau site Internet	
É.-U. – Les CDC prônent le dépistage rapide du VIH dans les prisons à court séjour	
LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX – CANADA	58
Les limites imposées aux conjoints de même sexe concernant les prestations de survivant du RPC sont inconstitutionnelles	58
La Cour suprême confirme la validité des interdictions pénales de possession de marijuana à des fins récréatives	61
La Commission des valeurs mobilières de l'Ontario a le pouvoir d'enquêter sur un programme d'ententes viatiques	62
LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX – INTERNATIONAL	64
Afrique du Sud – Progrès du droit relatif au VIH/sida	64

ÉDITORIAL

L'importance de passer – finalement – à l'action pour réduire le stigmatisme et la discrimination que rencontrent les personnes vivant avec le VIH/sida et les populations affectées par l'épidémie, au Canada, était abordée dans l'éditorial du numéro précédent, par Theodore de Bruyn. Soulignant que le travail nécessaire ne saurait se limiter à une campagne de courte durée, il concluait :

Si la Stratégie canadienne n'inclut pas de plans pour la mise en œuvre et le financement d'actions contre le stigmatisme et la discrimination d'une manière soutenue pour les cinq prochaines années, le Canada ne remplira pas ses engagements et obligations. Les conséquences se manifesteront par l'infection, l'isolement et l'oppression d'un nombre encore plus grand de personnes.¹

Si quiconque avait encore besoin d'être convaincu, la récente vague de discrimination et de stigmatisation du VIH/sida, au Québec, relatée dans le présent numéro,² fait foi de la nécessité de passer à des actions concertées et stratégiques pour endiguer ces phénomènes.

Que se passe-t-il? Depuis 1996, de nouveaux traitements pour le VIH/sida ont modifié la vie de la grande majorité des personnes vivant avec le VIH/sida dans les pays riches. Les traitements ont souvent des effets indésirables déprimants et ils n'ont pas la même efficacité pour tout le monde, mais la plupart des personnes qui y ont accès ont constaté une amélioration marquée de leur santé et leur vie en est prolongée. Ces progrès n'ont pas été accompagnés d'une diminution du stigmatisme et de la discrimination liés au VIH/sida, contrairement aux attentes de certains. Des études semblent même révéler une intensification du stigmatisme et de la discrimination. En conséquence, plusieurs des personnes séropositives qui sont en meilleure santé n'ont pas la possibilité de concrétiser pleinement le potentiel que leur redonnent les traitements : victimes d'attitudes de la société à l'endroit des personnes vivant avec le VIH/sida, elles se heurtent à la discrimination dans l'emploi ou d'autres sphères de leur vie. Du reste, d'autres études montrent que plusieurs

personnes qui auraient avantage à recevoir des traitements n'y ont pas accès – les personnes séropositives les plus marginalisées, dont plusieurs sont des utilisateurs de drogue par injection, des autochtones et/ou des femmes, qui ont subi de multiples formes de stigmatisme et de discrimination pendant la majeure partie de leur vie.

N'était-il pas quelque peu naïf de croire que l'avènement de nouveaux traitements conduirait automatiquement à une « normalisation » du VIH et à la disparition (ou une baisse radicale) du problème de discrimination et de stigmatisation lié au VIH/sida? Le VIH/sida continue d'affecter principalement des personnes qui ne font pas partie intégrante de la grande majorité ordinaire, *mainstream*, de la société canadienne. Souvent [et peut-être de plus en plus], des personnes qui ne s'estiment pas « à risque » de contracter le VIH reprochent aux personnes séropositives de l'avoir contracté. De plus, n'y a-t-il pas de nouveaux incitatifs à la discrimination? Devant le coût élevé des traitements, les employeurs ne sont pas les seuls qui hésitent ou résistent à ouvrir leurs portes à des personnes séropositives qui pourraient pourtant être des atouts considérables pour l'entreprise, mais dont l'inclusion pourrait faire augmenter les primes d'assurances. Le Gouvernement du Canada, lui-même, ne permet pas à certaines personnes séropositives d'immigrer au Canada, arguant que leurs besoins médicaux pourraient être un fardeau pour les systèmes canadiens de services sociaux et de santé. En outre, le nombre de personnes vivant avec le VIH au Canada a augmenté de 40% (de 40 000 à 56 000) depuis 1996, en raison du grand nombre de nouveaux cas d'infection qui surviennent à chaque année, et du fait que le nombre de décès associés au sida a beaucoup diminué. Néanmoins, les gouvernements n'ont pas augmenté les budgets pour la lutte contre le VIH/sida, et l'ampleur de l'épidémie canadienne semble avoir été largement oubliée; son importance n'attire plus souvent l'attention du public ou des médias. Le nombre de Canadiens qui sont bien informés sur le VIH et sur ses voies de transmission (et sur les situations qui ne

comportent pas de risque), et qui sont sensibilisés aux réalités de la vie des personnes vivant avec le VIH/sida, plutôt que d'augmenter, est en déclin. Comment peut-on alors s'étonner que la discrimination et la stigmatisation persistent? On devrait plutôt se demander pourquoi on n'a pas accordé plus de sérieux à ces problèmes, ni développé de plans d'action à long terme pour les contrer.

Le Canada n'est pas seul à négliger la lutte contre l'opprobre et la discrimination. Les traitements anti-VIH qui sont encore inaccessibles à près de 95% des personnes qui vivent avec le VIH, dans les pays en développement, pourraient finalement y devenir plus abordables. Et certains commentateurs semblent confiants, encore une fois, que cela soit une solution miracle aux problèmes de discrimination et de stigmatisation. Certains prétendent même que le test du VIH devrait devenir un test de « routine » (que toute personne qui reçoit des soins de santé passe le test du VIH à moins qu'elle ne le refuse expressément).

Certes, l'accès au test du VIH doit être grandement élargi, dans le monde en développement, et il doit faire partie des efforts qui visent à élargir considérablement l'accès aux traitements. Certes, il se pourrait que les

stigmates et la discrimination dans le monde en développement diminuent, lorsqu'un plus grand nombre de gens pourraient être au courant de leur séropositivité et avoir accès à des traitements, ce qui modifierait graduellement l'image du VIH/sida comme une sentence de mort prochaine. Mais n'allons pas croire que la stigmatisation et la discrimination seront enrayerées sans des efforts particuliers. Nous devrions intensifier les efforts pour les contrer, avec la même détermination que pour les efforts d'expansion du test (volontaire) du VIH et de l'accès aux traitements. Si l'on néglige encore de le faire, le potentiel du test et du traitement du VIH, dans le monde en développement, mais aussi au Canada, ne sera pas pleinement atteint.

- Ralf Jürgens

Ralf Jürgens est directeur général du Réseau juridique canadien VIH/sida. On peut le joindre à ralfj@aidslaw.ca.

¹ T. de Bruyn, Éditorial, *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2003, 8(3) : 5-6, p. 6.

² Voir l'article de D. Garmaise intitulé « Québec – Torrent de stigmate et de discrimination liés au VIH/sida », dans le présent numéro.

Microbicides, traitements et vaccins anti-VIH : vers un plaidoyer coordonné

de la page 1

Tandis que les militants pour les traitements réclamaient une amélioration immédiate de l'accès aux traitements existants, ceux pour les vaccins et les microbicides insistaient sur la nécessité d'une vision à long terme et d'un investissement dans la recherche (malgré la possibilité qu'un produit ne soit pas disponible avant une décennie ou plus).

Or, en regardant de plus près, on constate que plusieurs préoccupations stratégiques et de politiques sont les mêmes dans les trois domaines. Malgré leurs échéanciers différents, tous ces militants ont un intérêt commun pour la recherche novatrice de produits destinés aux contextes pauvres en ressources ainsi que pour les questions d'accès (comme l'accès rehaussé aux produits existants et l'application de mesures pour un accès rapide et équitable aux nouveaux produits). Au constat de cet ordre du jour commun, le Réseau juridique tente de promouvoir un plaidoyer coordonné dans ces trois domaines.

Cette initiative a pris racine lors d'une rencontre satellite tenue à la 14^e Conférence internationale sur le sida (à Barcelone, en 2002), qui portait sur les traitements et les vaccins dans les pays en développement.¹ Il y a été convenu que les militants pour les vaccins et les traitements devraient adopter un ordre du jour commun, pour les préoccupations de politiques qu'ils partagent, et initier un dialogue avec les militants du domaine des microbicides pour explorer d'autres

éléments communs. En 2003, pour concrétiser cette idée, le Réseau juridique a lancé un projet intitulé « Traitements, vaccins et microbicides anti-VIH : élaborer un programme d'action », afin d'examiner les éléments de plaidoyer qui se chevauchent et de favoriser la coordination entre les militants des trois domaines. Le projet a notamment impliqué la préparation d'un document de fond et la tenue d'une consultation internationale d'experts, à Montréal, en novembre 2003.²

Besoin de nouvelles options de traitement et de prévention

Un facteur unit tous les militants : leur engagement à élargir la gamme d'options disponibles pour lutter contre le VIH. À l'échelle mondiale, il existe très peu de milieux sociaux où les stratégies actuelles parviennent à contrôler l'épidémie. Dans le domaine de la prévention, les efforts d'éducation et de modification du comportement se heurtent à des défis sociaux et comportementaux complexes, même en contexte d'abondance et de faible prévalence du VIH. Dans le domaine des traitements, les effets secondaires, la résistance aux médicaments et l'échec des traitements reflètent le besoin d'approches nouvelles et améliorées pour gérer la maladie à VIH. Des régimes de traitement plus abordables et simplifiés ainsi que des instruments de surveillance et de diagnostic sont requis de façon urgente pour favoriser l'expansion des traitements aux

milieux pauvres en ressources. Les efforts de recherche et développement (R&D) de vaccins, traitements et microbicides sont très prometteurs, pour l'avènement de puissants outils de lutte contre l'épidémie.

Le continuum prévention-soins-traitements

Un éventuel ordre du jour commun doit s'appuyer sur la reconnaissance du fait que la prévention, les soins et les traitements forment un continuum et sont des composantes essentielles et connexes d'une réaction complète.

Le traitement soutient la prévention. Là où des traitements sont disponibles, il est possible que le taux de transmission ultérieure du VIH décline, étant donné que la diminution de la charge virale des individus traités réduit la probabilité de transmission de l'infection, en cas d'exposition. Par conséquent, l'accès répandu aux antirétroviraux (ARV) parmi une population peut comporter des bienfaits pour la santé publique, en termes de réduction de l'incidence

Une stigmatisation atténuée et un recours accru au test du VIH (lié à un meilleur accès aux traitements) appuient les efforts de prévention axés sur le comportement.

du VIH. Par ailleurs, des essais pilotes d'ARV ont montré qu'une stigmatisation atténuée et un recours accru au test du VIH (lié à un meilleur accès aux traitements) appuient les efforts de prévention axés sur le comportement, puisque les individus sont alors plus disposés à connaître leur état sérologique et à accéder à des services de prévention.³

Dans le même ordre d'idées, les militants pour les vaccins et les microbicides affirment que la relation entre les nouvelles technologies de prévention et les traitements pourrait, elle aussi, être mutuellement bénéfique. Les vastes essais cliniques de vaccins et de microbicides, dans des pays à revenu faible ou moyen, donnent l'occasion d'établir des infrastructures de santé, de fournir une formation à des employés de laboratoires et de cliniques et d'améliorer et élargir les services de traitement offerts dans ces communautés.

Les effets sont à double sens. L'accès aux traitements crée un contexte social propice au lancement de nouveaux produits préventifs. L'investissement dans les infrastructures de santé et dans la formation pour un meilleur accès aux traitements peut rehausser la capacité de mettre à l'essai et de distribuer d'éventuels vaccins et microbicides. Au Brésil, la construction d'infrastructures sanitaires, communautaires et de laboratoire pour favoriser l'accès aux traitements a établi des bases qui pourront servir à la réalisation d'essais cliniques de vaccins et de microbicides. Les programmes d'accès aux traitements renforcent le secteur de la santé – les professionnels acquièrent des compétences, la communauté rehausse sa confiance à l'égard des services et les pertes de main-d'œuvre liées au VIH/sida sont réduites. Un

secteur de la santé solide, accessible aux communautés locales et soutenu par celles-ci est un élément crucial pour la mise à l'essai et la distribution de nouveaux produits préventifs.

De plus, il y a une interrelation entre les catégories de produits. La recherche de vaccins anti-VIH pourrait servir en même temps au développement de produits thérapeutiques et préventifs. Certains microbicides candidats renferment des ARV comme agents préventifs. On amorcera en 2004 des essais cliniques sur l'utilisation d'ARV par des populations séronégatives vulnérables au VIH, dans l'espoir qu'ils préviennent la transmission du VIH de la même manière qu'un vaccin le ferait. Les limites entre les catégories de produits sont de plus en plus brouillées.

Une approche de droits humains

L'approche des droits humains offre un cadre conceptuel pour relier le plaidoyer dans les trois domaines. Elle rappelle que les militants pour la prévention et les traitements ont un but commun : l'atteinte du niveau de santé le plus élevé possible pour les personnes vivant avec le VIH/sida et les communautés affectées.

Une telle approche implique une vision unifiée des objectifs de traitement et de prévention, qui englobe les vaccins, les microbicides et les traitements tout en reconnaissant l'importance d'un appui continu aux mesures préventives existantes comme l'éducation et la réduction des méfaits. Cette perspective a été examinée en détail lors de la consultation de 2002 sur les *Directives internationales* des Nations Unies sur le VIH/sida et les droits de la personne, qui a mené à la publication de la *Directive 6 révisée sur l'accès à la prévention, au traite-*

ment, aux soins et à l'appui, exhortant les États à

prendre les mesures voulues pour garantir à toutes les personnes, sur une base durable et équitable, la disponibilité et l'accès à des biens et services et des informations pour la prévention, le traitement, les soins et notamment aux traitements antirétroviraux et autres médicaments sûrs et efficaces, et aux moyens diagnostiques et technologies associées pour les soins préventifs, curatifs et palliatifs du VIH/sida et des infections opportunistes associées.⁴

L'approche des droits humains souligne aussi que le succès ou l'échec des efforts de R&D et d'expansion doit être évalué dans une perspective qui tient compte de la pauvreté et de la communauté. Cette approche comporte d'importants aspects comme :

- un accent sur la participation des communautés aux décisions qui affectent leurs droits;
- l'universalité des droits – i.e. que tous peuvent en jouir sans discrimination;
- la responsabilité des États de transférer les bienfaits des progrès scientifiques et leurs applications aux pays moins riches, pour les aider à réaliser le droit à la santé;
- le concept de la réalisation progressive du droit à la santé; et
- le rôle central des États dans le maintien de la santé publique et la réaction aux maladies épidémiques.

Les obligations juridiques qu'ont les États de respecter, protéger, promouvoir et réaliser les droits humains, y compris le droit à la santé, sont dérivées du droit international (principalement de la *Déclaration universelle des droits de l'homme*⁵ et du *Pacte international relatif aux droits*

économiques, sociaux et culturels⁶), de conventions régionales sur les droits de la personne⁷ et de certaines lois nationales.⁸ Les engagements internationaux au plein exercice des droits humains liés au VIH/sida sont articulés dans la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida* de l'ONU,⁹ dans les Observations générales du Comité des droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU¹⁰ et les résolutions de la Commission des droits de l'homme de l'ONU sur le droit au plus haut niveau de santé atteignable et à l'accès aux médicaments.¹¹

Tout en reconnaissant le pouvoir d'unification de l'approche des droits humains, des participants à la consultation de Montréal ont mis en relief les défis que pose la promotion d'un plaidoyer de droits humains dans les pays où cette culture est sous-développée ou dans les tribunes où les priorités sont dictées par des intérêts commerciaux plutôt que par les droits (comme dans les négociations sur le libre-échange).

Élaborer un ordre du jour

Recherche et essais cliniques

Les militants ont un intérêt commun à réclamer des programmes de recherche fondamentale rehaussés et financés par le secteur public. Des percées dans les domaines de la virologie ou de l'immunologie profiteraient à la fois aux traitements et à la prévention.

L'accroissement de la capacité des pays de mener des essais cliniques à grande échelle est une importante priorité pour les chercheurs de vaccins et de microbicides, vu les vastes cohortes nécessaires à la démonstration de l'efficacité de technologies préventives en phase III d'essai clinique. Cet

accroissement de la capacité favoriserait également la mise à l'essai de stratégies de traitement conçues spécialement pour les contextes pauvres

Les militants des trois domaines ont un intérêt commun à réclamer des programmes de recherche fondamentale rehaussés et financés par le secteur public.

en ressources (comme les régimes de traitement simplifiés).

Depuis quelques années, de nombreux travaux ont cherché à définir les considérations éthiques soulevées par la recherche dans les pays en développement – notamment les orientations éthiques pour la recherche de vaccins préventifs préparées par le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA).¹² Il pourrait être mutuellement bénéfique de partager les approches pratiques adoptées lors d'essais, aux chapitres du consentement éclairé, de l'utilisation de placebos, de la confidentialité et de la norme de soins aux participants.

Les militants de tous les domaines devraient évaluer l'impact des nouvelles initiatives de recherche, en vue de recommander des façons d'améliorer leur coordination et leur expansion. Les nouveaux programmes d'importance sont notamment l'European and Developing Countries Clinical Trials Partnership et le Comprehensive International Program of Research on AIDS des U.S. National Institutes of Health. Les militants ont

le rôle commun de favoriser l'implication communautaire et la transparence des programmes d'essai. Ils peuvent miser sur l'élaboration de mécanismes pour la participation communautaire aux essais, par le biais de mécanismes consultatifs communautaires ou de gestion de feed-back, et sur l'identification d'exigences d'éducation ou de formation pour soutenir la participation communautaire. La revendication de mesures pour assurer la protection des droits des participants aux essais, comme une charte des droits des participants,¹³ est une autre voie possible de plaidoyer.

La concurrence pour les sites de recherche est une importante préoccupation parmi les organisateurs d'essais. Un dialogue serait souhaitable entre les acteurs mondiaux, quant à un système pour accorder un accès prioritaire à des sites d'essai. Dans le domaine des vaccins, on a proposé une initiative mondiale pour un vaccin anti-VIH (« Global HIV Vaccine Enterprise ») qui rassemblerait tous les intervenants mondiaux en R&D de vaccins, pour déterminer le degré de priorité des défis scientifiques à relever et des efforts de développement de produits, et pour planifier la mise en œuvre.¹⁴ Cette proposition s'inspire de l'approche du Projet du génome humain, qui a amené de nombreux bailleurs de fonds à s'entendre sur une démarche scientifique, à partager volontairement le travail et à convenir de normes de production. Cette expérience pourrait contenir des leçons pour la planification collaborative des efforts de R&D dans le domaine du VIH/sida.

Les participants à la consultation de Montréal ont conclu que les militants devraient examiner la question commune de la participation

communautaire en tant que dossier prioritaire; ils ont formé un groupe de travail informel pour explorer des occasions de collaboration. Dans les domaines de la prévention et du traitement, on rencontre les mêmes défis d'engagement, de préparation, de recrutement et d'adhésion communautaires. Jusqu'ici, les efforts de préparation de la communauté ont eu tendance à être ponctuels et particuliers à un produit. Les trois domaines ont également en commun des besoins de recherche épidémiologique, sociale et comportementale ainsi que des défis liés au suivi à long terme des participants.

Financement

Les militants partagent également un intérêt à revendiquer un financement mondial accru des activités de R&D, qui répondrait aux besoins de santé des communautés défavorisées plutôt que d'être abandonné aux lois du marché. Les efforts de R&D de technologies préventives sont considérablement sous-financés et la recherche de traitements est dominée par les intérêts du secteur privé. Il faut rappeler aux donateurs que le Fonds mondial de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme ne finance pas d'activités de R&D et que, par conséquent, les initiatives de développement de produits ont besoin d'un appui financier direct.

En 2001, la Commission macro-économie et santé a recommandé qu'un autre fonds soit établi pour financer la recherche sur les maladies des pauvres, en complément au travail du Fonds mondial.¹⁵ Les experts de la consultation de Montréal ont toutefois souligné que puisqu'il demeure difficile de trouver des ressources pour le Fonds mondial existant, il ne serait peut-être pas judicieux de créer un

autre fonds distinct pour la recherche. Ils ont conclu qu'il serait plus utile de miser sur la collecte de fonds pour les initiatives existantes de développement de produits.

Le Fonds mondial soutient un ensemble d'initiatives d'accès aux traitements. Grâce aux projets ainsi financés, l'accès accru aux traitements et le renforcement des systèmes de fourniture de soins de santé primaires pourraient avoir d'importants bienfaits pour les chercheurs de vaccins et de microbicides, en termes d'essais et de distribution.

Les participants à la consultation de Montréal ont conclu qu'il serait utile, à des fins de plaidoyer, d'établir une estimation des coûts mondiaux liés aux besoins de R&D et à l'expansion des initiatives en matière de VIH/sida dans les trois domaines. Cette proposition se fonde sur la nécessité de soumettre plusieurs produits à des essais cliniques de phase III parallèlement à l'expansion des initiatives de traitement, dans les communautés hôtes. Les experts de la consultation ont aussi revendiqué un soutien accru au Fonds mondial, vu son rôle dans l'expansion des initiatives de traitement et dans l'appui au développement des systèmes de santé. Enfin, ils ont souligné l'importance de l'effacement de la dette des pays pauvres dont le système de santé est sous-développé.

Mécanismes d'achat et de financement

Des structures doivent être établies pour permettre aux pays qui ont des besoins et un pouvoir d'achat semblables de négocier des prix abordables pour des produits de santé. La mise sur pied de mécanismes d'approvisionnement en grande quantité

est une stratégie cruciale pour le maintien de bas prix. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) examine présentement des mécanismes d'approvisionnement pour favoriser l'atteinte de son objectif de traiter trois millions de personnes d'ici à 2005 (« initiative 3x5 »). Les leçons de cette démarche pourraient favoriser aussi l'éventuel approvisionnement en grande quantité de vaccins et de microbicides.

Des fonds sont requis pour que les pays pauvres disposent d'un vaste approvisionnement de médicaments et d'éventuels vaccins et microbicides, et puissent investir dans des systèmes domestiques de fourniture. Une possibilité serait que le Fonds mondial gère une initiative en collaboration avec la Banque mondiale et des banques régionales de développement. Si le Fonds mondial se montrait efficace à assurer une certaine stabilité pour les produits existants, il pourrait contribuer à rehausser la confiance des concepteurs, à l'effet que leurs éventuels produits seront achetés.

Les leçons tirées des efforts pour réduire les prix des ARV pourraient éclairer l'éventuel approvisionnement en grande quantité de vaccins et de microbicides.

Une autre possibilité serait de créer une nouvelle instance financière internationale pour les biens de santé publique mondiaux, rattachée au Fonds mondial, qui soutiendrait l'expansion des initiatives de traite-

ment et qui fournirait des engagements à l'achat de vaccins, de microbicides et d'autres nouveaux produits de santé. La nouvelle instance financière proposée par le Royaume-Uni au G8, pour soutenir l'atteinte des Objectifs de développement du millénaire, pourrait jouer un rôle à cet égard.

Les pré-engagements à l'achat de grandes quantités de vaccins, de microbicides ou de nouveaux médicaments pourraient servir d'incitatifs à l'investissement en R&D dans le secteur privé. Toutefois, les participants à la consultation de Montréal ont souligné que, bien que les engagements d'achat pourraient stimuler de nouveaux efforts de R&D, ils ne conduiraient pas nécessairement les pays à vouloir utiliser les produits. Certains ont indiqué qu'il serait préférable de voir à la viabilité du Fonds mondial, plutôt que de chercher des engagements d'achat.

Stratégies pour stimuler les activités de R&D

Les stratégies pour stimuler les activités de R&D comprennent les partenariats public-privé (PPP), l'expansion du rôle du secteur public, l'allègement fiscal et la réduction des risques liés à la responsabilité. De nouveaux investissements substantiels en R&D dans le secteur public auraient des bienfaits immédiats pour les trois domaines. Les instances publiques ont un rôle crucial dans la recherche fondamentale et le développement de produits – en particulier lorsque les incitatifs du marché sont perçus comme étant faibles pour l'investissement privé.

Cependant, une grande partie de l'expertise mondiale en R&D est détenue par le secteur privé. Les PPP,

comme ceux que gère l'Initiative internationale pour un vaccin contre le sida, constituent des modèles efficaces pour tirer parti de cette expertise. Des modèles de PPP à efficacité accrue pourraient être développés par des militants, au moyen d'un examen des meilleures pratiques liées notamment à l'apport des communautés de l'hémisphère Sud aux ententes de partenariats, ainsi qu'aux mécanismes de reddition de comptes et de transparence.

Des militants du domaine des vaccins ont déjà prôné l'allègement fiscal comme stratégie pour stimuler les efforts de R&D dans le secteur privé, qui aurait aussi des bienfaits potentiels pour les domaines des microbicides et des traitements. Par contre, on peut soutenir qu'il serait plus utile d'investir directement dans des programmes financés par le secteur public, plutôt que de subventionner le secteur privé. Aux États-Unis, des militants ont commencé à délaisser la stratégie de l'allègement fiscal : soulignant le précédent établi par les récents investissements de leur gouvernement dans la recherche sur l'anthrax et la variole, ils réclament désormais des incitatifs plus directs, comme des contrats entre le gouvernement et le secteur privé et une aide publique à la fabrication de vaccins.

Le risque de poursuites en responsabilité est un important élément dissuasif au développement de vaccins, dans un contexte propice aux litiges comme aux États-Unis. Les militants tentent de remédier à cette situation par la promotion de modèles d'indemnisation sans égard à la responsabilité, qui réduisent les risques de responsabilité pour les fabricants de vaccins anti-VIH. À la lumière du précédent établi en matière de bioter-

rorisme aux États-Unis, les fabricants de vaccins et de microbicides pourraient démontrer conjointement un argument invoquant l'intérêt public, pour réclamer des dispositions qui les indemniseraient contre toute responsabilité liée à l'utilisation de technologies de prévention du VIH, vu la possibilité qu'elles endiguent l'épidémie. Dans la réponse aux préoccupations de responsabilité, les participants à la consultation de Montréal ont signalé l'importance de ne pas compromettre indûment les droits des consommateurs à une indemnisation – en particulier lorsque ceux-ci sont relativement impuissants, comme dans les communautés pauvres.

Brevets

Les questions de brevets continuent de dominer l'ordre du jour de l'accès aux traitements, comme en témoigne le continuel débat entourant la position du Conseil des ADPIC¹⁶ de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) sur la capacité des pays d'importer des médicaments génériques.¹⁷ Cette question est encore à l'ordre du jour de la rencontre de l'OMC en 2004.

Même s'il s'agit clairement d'un enjeu prioritaire pour les militants du domaine des traitements, la résolution satisfaisante du débat sur les médicaments génériques devrait aussi interpeller les militants pour les vaccins et les microbicides.

L'établissement de règles sur les brevets qui soient flexibles et qui tiennent compte des besoins de santé et de développement des pays pauvres, est un but commun. À la consultation de Montréal, on a souligné que les accords commerciaux avec les États-Unis qui exigent le respect de dispositions « ADPIC-plus »

(allant au delà des exigences établies par les règles de l'OMC) peuvent mener à l'exclusion prolongée d'une concurrence générique sur les marchés de pays en développement – par conséquent, les militants des trois domaines doivent surveiller attentivement les accords commerciaux.

Les militants partagent aussi un intérêt pour la recherche de modèles ouverts et collaboratifs de propriété intellectuelle, inspirés par exemple de l'expérience de recherche sur le SRAS, du Projet du génome humain, du système de positionnement mondial (« GPS ») et des logiciels libres (« open source »). L'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle envisage d'organiser une rencontre pour examiner de tels modèles, en 2004; et les U.S. National Institutes of Health sont de plus en plus favorables aux modèles ouverts de développement de médicaments.¹⁸

Prix équitables

Une application rapide du principe de différenciation des prix pour les médicaments essentiels, en tant que norme mondiale, pourrait soutenir l'expansion des programmes de traitement et servir de cadre pour d'éventuels microbicides et vaccins anti-VIH à bas prix.

L'Initiative pour un accès accéléré de l'ONUSIDA et de l'OMS rend des ARV accessibles à prix réduits dans des pays pauvres, grâce à des négociations avec des fournisseurs. L'inconvénient de cette approche est qu'elle donne lieu à des réductions de prix ponctuelles, dans certains pays, plutôt que d'offrir une solution systémique. Idéalement, une approche de différenciation des prix devrait comprendre des structures assurant la durabilité et établissant les prix le plus près possible des

coûts directs de production, pour les marchés pauvres. L'approche volontaire de différenciation des prix demeure la mesure privilégiée par les gouvernements du G8. Le Plan d'action du G8 sur la santé, issu du Sommet d'Évian, souligne l'appui des États membres à des « engagements à long terme pris volontairement par les entreprises pharmaceutiques pour fournir aux pays en développement les médicaments essentiels à des prix fortement réduits ».

Les participants à la consultation de Montréal ont noté que la différenciation des prix doit faire partie

La différenciation des prix doit faire partie d'une gamme de mesures visant l'atteinte de prix abordables.

d'une gamme de mesures visant l'atteinte de prix abordables. L'homologation de médicaments génériques et la réglementation des prix s'avèrent plus efficaces que la différenciation volontaire des prix, pour soutenir l'expansion des traitements dans un contexte comme celui de l'Afrique du Sud. Des initiatives pour négocier l'acquisition de grandes quantités de médicaments génériques à bas prix (comme celles de la Clinton Foundation) et les stratégies déployées par l'initiative 3x5 de l'OMS diminuent l'importance de la différenciation des prix de produits de marque comme stratégie d'accès aux traitements. Les experts à la consultation ont jugé primordial que les militants collaborent à appuyer

er la transparence des prix – par exemple, par un système obligatoire de surveillance et de rapport des prix mondiaux des technologies thérapeutiques, diagnostiques et préventives pour le VIH.

Questions de réglementation

Une optimisation de l'efficacité des procédures et exigences de réglementation est cruciale pour réduire les délais dans l'approbation des essais et l'homologation de nouveaux produits. La plupart des pays en développement ne disposent que d'une infrastructure de réglementation limitée. Ce manque de capacité de réglementation, fait en sorte que leur approbation de la mise en marché de produits est souvent influencée par les décisions de la U.S. Food and Drug Administration (FDA) et de l'Agence européenne pour l'évaluation des médicaments.

Il est essentiel d'établir une démarche pour l'homologation des produits dont l'usage est destiné uniquement aux pays en développement. Des militants ont souligné qu'un vaccin ou un microbicide anti-VIH partiellement efficace qui pourrait ne pas être approuvé par les organismes de réglementation des États-Unis ou de l'Europe, vu son degré d'efficacité trop faible, pourrait néanmoins être très approprié dans les pays où l'épidémie croît rapidement. Cela démontre la nécessité d'un nouveau cadre qui élargirait le mandat de ces organismes de réglementation, de manière à ce qu'ils puissent prendre des décisions qui tiennent compte des besoins des pays en développement et non seulement des marchés du monde industrialisé.

L'ONUSIDA, l'OMS et la FDA doivent être soutenus dans l'expansion de leur rôle de provision d'aide

financière et de conseils techniques pour assurer des décisions nationales éclairées, en matière de réglementation. On devrait accorder la priorité aux efforts pour renforcer les infrastructures nationales de réglementation dans les pays où se tiennent des essais cliniques et dans ceux qui sont bien placés pour exercer un leadership national (p. ex., la Thaïlande et l'Afrique du Sud). Une harmonisation des mesures de réglementation pourrait réduire le besoin de répéter des essais cliniques dans plusieurs pays. Les pays qui ont des profils épidémiologiques et de population semblables pourraient avoir avantage à mettre en commun leur expertise de réglementation et leurs mécanismes d'approbation.

La pré-qualification de produits thérapeutiques et de vaccins, effectuée par l'OMS, offre un mécanisme fiable d'évaluation des produits, pour les pays en développement qui n'ont pas une capacité solide de réglementation. Les participants à la consultation de Montréal ont conclu que les initiatives de l'OMS, comme ses mécanismes de pré-qualification, devraient se poursuivre et être élargies puisqu'elles peuvent favoriser l'expansion des traitements et s'avérer utiles dans l'éventualité de microbicides et de vaccins anti-VIH.

Fabrication

Le manque de capacité de fabrication est un facteur qui entraîne d'importants délais dans la mise en marché des produits pharmaceutiques dans le monde en développement. Ce problème pourrait s'aggraver à mesure que le développement de produits, de plus en plus, relève d'entreprises de biotechnologie et d'organismes à but non lucratif de plus petite taille qui n'ont pas la capacité d'investir dans la fabrication. Des investissements

privés et publics considérables dans le secteur de la fabrication seront nécessaires pour répondre à la demande mondiale d'un éventuel microbicide ou vaccin anti-VIH. Le secteur public doit démontrer sa volonté d'aider le secteur privé dans la gestion des risques liés à la création d'une capacité suffisante pour répondre à la demande anticipée. L'accroissement de la capacité de fabrication nécessitera une meilleure compréhension de la demande potentielle de produits, qui devra pour sa part se fonder sur une meilleure compréhension de l'impact potentiel de produits variés dans divers contextes épidémiologiques.

Les participants à la consultation de Montréal ont conclu que les militants ont un intérêt commun à promouvoir un programme d'aide financière pour soutenir l'investissement dans les infrastructures de fabrication, dans les pays en développement. Une première étape pourrait être d'accroître la capacité de pays qui disposent déjà d'une certaine infrastructure de fabrication de produits pharmaceutiques.

Distribution

Habituellement, les pays riches ont accès aux nouvelles technologies de santé plusieurs années avant les pays en développement. Ce n'est pas un modèle acceptable pour les microbicides, les traitements et les vaccins anti-VIH. L'amélioration des systèmes actuels de distribution de traitements, de vaccins et de méthodes contraceptives est cruciale, en vue de la distribution de nouveaux produits. Les militants pour les traitements ont contribué à créer un contexte dans lequel l'accès aux nouveaux traitements est perçu comme un droit des consommateurs. La poursuite de cet élan pourrait être cruciale à l'obtention d'appuis locaux pour la distribu-

tion rapide d'éventuels vaccins et microbicides.

Les questions liées à la distribution des vaccins et des traitements se chevaucheront probablement, vu l'implication du personnel médical dans la prescription, la délivrance et l'administration des produits. Plusieurs questions de promotion de la santé s'entrecroiseront également, vu la nécessité d'élaborer des messages cohérents pour éduquer les communautés à propos des bienfaits de santé de chaque produit. Les communautés devront comprendre les implications liées à des vaccins et microbicides partiellement efficaces – et maintenir l'usage du condom et d'autres stratégies de prévention. Des recherches seront nécessaires pour évaluer l'attitude des consommateurs à l'égard des produits, la demande potentielle issue de l'adoption des produits et la réaction des consommateurs aux produits préventifs partiellement efficaces.

Les experts à la consultation de Montréal ont souligné le rôle crucial

Les experts à la consultation de Montréal ont souligné le rôle crucial de la mobilisation communautaire dans l'appui à la distribution de produits.

de la mobilisation communautaire dans l'appui à la distribution; ils ont aussi évoqué la possibilité de programmes intégrés d'éducation communautaire sur (a) le lien de renforcement mutuel entre les traitements, les vaccins et les microbicides et (b) les questions touchant les produits partiellement efficaces.

Plans nationaux

La planification nationale est une stratégie clé pour assurer un appui politique aux vaccins, aux microbicides et aux traitements. Les pays doivent élaborer dès maintenant des plans d'intervention pour permettre le fonctionnement rapide des systèmes de distribution de vaccins et de microbicides dans l'éventualité où de nouveaux produits seraient homologués.

Les participants à la consultation de Montréal ont examiné les plans de l'Ouganda, de la Thaïlande et du Brésil, puis conclu que les composantes clés d'un plan national devraient comprendre :

- un cadre de droits humains;
- un engagement à la participation de représentants communautaires au processus de planification;
- une reconnaissance du lien entre la prévention et le traitement; et
- une prise en compte de l'impact des accords commerciaux sur les priorités domestiques de santé publique.

Les experts à la consultation ont indiqué qu'il est important que les plans nationaux offrent une réaction complète tenant compte du lien entre les vaccins, les microbicides et les traitements; et ils ont convenu que les militants devraient élaborer une liste de contrôle des composantes souhaitables d'un plan national en matière de R&D et d'accès aux nouvelles technologies de prévention et de traitement.

Occasions de plaidoyer

On a identifié un certain nombre d'occasions de plaidoyer et les participants à la consultation de Montréal ont convenu d'élaborer un plan d'action commun pour orienter ces efforts, de 2004 à 2006. La consultation a mis en

relief que les interventions mondiales de politiques seront vouées à l'échec si elles ne sont pas soutenues par des efforts aux paliers national et local. L'organisation de rencontres nationales entre militants des trois domaines a été proposée comme moyen d'assurer que des priorités de plaidoyer soient établies aux paliers local, régional et mondial.

Examen des questions liées aux brevets, à l'OMS

En mai 2003, l'Assemblée mondiale de la santé a décidé que l'OMS mettra sur pied un « organe approprié de durée limitée » qui examinera les questions liées aux brevets et les mécanismes d'incitation à la création de nouveaux produits contre les maladies qui touchent des pays en développement, et qui produira un rapport d'ici janvier 2005. Les militants pourraient gagner à s'entendre sur des propositions à soumettre à l'examen de l'OMS, séparément ou conjointement.

Sommets du G8

Le Sommet de 2003 du G8 a conduit à un Plan d'action sur la santé,¹⁹ qui est décevant. Les militants devraient unir leurs efforts pour s'assurer que les sommets de 2004 et de 2005 donnent des résultats plus tangibles. Des propositions conjointes à l'intention des gouvernements des pays hôtes de ces prochains sommets (États-Unis et Royaume-Uni) devraient être préparées à l'avance, avec un vaste soutien intersectoriel (y compris de la part d'organismes des Nations Unies).

Projet du millénaire de l'ONU

Les Objectifs de développement du millénaire (ODM) de l'ONU ont une importance considérable pour éclairer l'orientation des priorités des dona-

teurs mondiaux. Les stratégies recommandées par l'ONU pour atteindre ses ODM influenceront les grands organismes bilatéraux et multilatéraux. Les ODM sont également une référence centrale pour les discussions sur le développement du financement. Les actions de l'ONU liées aux ODM peuvent être influencées par le truchement du Projet du millénaire, qui rendra des comptes au Secrétaire général en 2005; et par le biais de la Conférence sur le commerce et le développement, qui aura lieu à Sao Paulo, Brésil, en juin 2004.

Rapporteur spécial de l'ONU sur le droit à la santé

Le Rapporteur spécial de l'ONU sur le Droit à la santé, Paul Hunt, procède à une enquête qui s'étend de 2002 à 2005. Il pourrait être avantageux pour les militants de présenter au Rapporteur un plan d'action commun sur les mesures prioritaires que le système de l'ONU pourrait adopter pour favoriser l'accès aux nouvelles technologies de santé. Les participants à la consultation de Montréal ont convenu que M. Hunt devrait être informé du plan d'action qu'ils développent.

Rapports sur la conformité à la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida de l'ONU

En 2002, l'ONUSIDA a développé des indicateurs de performance à utiliser pour la surveillance des progrès vers l'atteinte des objectifs de la Déclaration d'engagement. Les pays sont tenus de rendre compte périodiquement de leurs progrès à l'ONUSIDA au moyen de ces indicateurs. Il serait utile d'élaborer des ensembles d'indicateurs plus précis pour surveiller les activités de R&D et les mesures d'accès en matière de vaccins, traitements et microbicides.

Convention internationale de R&D

Les biens de santé publique pourraient faire l'objet d'accords semblables à ceux qui ont servi à intégrer la recherche sur le génome humain dans le domaine public. Les militants pour les traitements ont commencé à promouvoir la nécessité d'une convention, d'un traité ou d'un accord international sur les activités de R&D en santé, qui engagerait les pays à contribuer à ces activités et qui établirait une base équitable pour le partage des coûts de R&D, ainsi que des mécanismes pour l'échange des résultats de recherche et le transfert de technologies.

Les experts à la consultation de Montréal ont réitéré l'importance de cette proposition – malgré des divergences quant à l'utilité d'une telle convention. Le Forum mondial pour la recherche en santé, qui se tiendra à Mexico en novembre 2004, pourrait être une occasion d'envisager une forme d'accord international en la matière.

Conférences régionales et internationales sur le VIH/sida, 2004-2006

Les conférences internationales sur le VIH/sida (Bangkok 2004, Toronto 2006) et les conférences régionales sont des occasions de promouvoir et de recueillir des appuis à un ordre du jour commun en matière de R&D et de questions liées à l'accès.

L'attention médiatique suscitée par les conférences internationales donne l'occasion de faire valoir un enjeu prioritaire sélectionné (p. ex., succès dans la combinaison de stratégies d'expansion des traitements et d'essais cliniques de produits préventifs).

Prochaines étapes

Les participants à la consultation de Montréal ont accepté de soutenir le développement d'un Énoncé d'engagement, pour les organismes de promotion des intérêts, à promouvoir une réaction complète au VIH/sida, de même que des principes d'orientation pour les efforts conjoints de plaidoyer (comme l'approche de droits humains et le continuum prévention-soins-traitements) et des priorités pour l'action conjointe. Un plan d'action identifiant des occasions de plaidoyer commun pour 2004-2006 sera également préparé. Le Réseau juridique canadien VIH/sida coordonne ces initiatives. Une conférence satellite donnant suite aux questions soulevées lors de cette consultation aura lieu à la 15^e Conférence internationale sur le sida, à Bangkok, en juillet 2004.²⁰

– John Godwin

John Godwin est consultant et analyste de politiques à l'Australian Federation of AIDS Organisations; on peut le joindre à jgodwin@afao.org.au.

¹ Cette conférence satellite était co-organisée par le Réseau juridique, l'AIDS Law Project (Afrique du Sud) et le Lawyers Collective (Inde), et co-parrainée par l'ONUSIDA.

² Le document de fond a été financé par l'Initiative internationale pour un vaccin contre le sida (IAVI); et la consultation internationale d'experts, par l'ONUSIDA, l'Initiative OMS-ONUSIDA pour un vaccin anti-VIH/sida, l'IAVI, l'International Partnership on Microbicides, Santé Canada et l'Agence canadienne de développement international.

³ T. Kasper et coll., « Demystifying ARV therapy in resource-poor settings », *Essential Drugs Monitor*, n° 32, 2003.

⁴ Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme/ONUSIDA, *Le VIH/sida et les droits de l'homme, Directives internationales : Directive révisée – Accès à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui*, Genève, ONUSIDA, 2002, p. 16.

⁵ Articles 25(1) et 27(1).

⁶ Article 12. Le droit à la santé peut aussi se repérer dans d'autres traités et pactes internationaux, p. ex. la Convention relative aux droits de l'enfant, article 24; et la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, articles 11 et 12.

⁷ *Charte africaine des droits de l'homme et des peuples*, article 16; *Convention américaine relative aux droits de l'homme traitant des droits économiques, sociaux et culturels*, article 10; *Charte sociale européenne*, article 11.

⁸ Plus de 60 États incluent le droit à la santé dans leur constitution : P. Hunt, *Report of the Special Rapporteur on the Right to Health, Report to the 59th Session of the Commission on Human Rights*, février 2003, p. 7.

⁹ Article 55.

¹⁰ Voir *Observation générale 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint*, 2000, Doc.E/C, 12/2000/4.

¹¹ 2001/33, 2002/32, 2003/29.

¹² *Considérations éthiques dans la recherche de vaccins préventifs contre le VIH – Document d'orientation de l'ONUSIDA*, Genève, ONUSIDA, 2000; *Pays en développement : l'éthique de la recherche dans le domaine des soins de santé*, Londres, Nuffield Council on Bioethics, 2002 (www.nuffieldbioethics.org/filelibrary/pdf/frreport.pdf); *Ethical and Policy Issues in International Research: Clinical Trials in Developing Countries*, Bethesda, National Bioethics Advisory Commission, 2001 (www.georgetown.edu/research/nrcbl/nbac/pubs.html); *Lignes directrices internationales d'éthique pour la recherche biomédicale impliquant des sujets humains*, Genève, Conseil des organisations internationales des sciences médicales (CIOMS), 2002 (www.cioms.ch/frame_french_text.htm).

¹³ P. ex., *South African HIV Vaccine Trial Participant Bill of Rights* (www.saavi.org.za/bill_of_rights.htm).

¹⁴ R. Klausner, « The need for a Global HIV Vaccine Enterprise », *Science*, 2003, 300 (5628), 2036-2039.

¹⁵ *Macroéconomie et santé : Investir dans la santé pour le développement économique – Rapport de la Commission macroéconomie et santé*, Genève, 2001, p. 16.

¹⁶ « ADPIC » fait référence à l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce, de l'Organisation mondiale du commerce.

¹⁷ Voir R. Elliott, « De Doha à Cancún ... via Ottawa : les élan mondiaux pour l'accès aux traitements et le projet de loi canadien C-56 », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2003, 8(3), 1, 7-20.

¹⁸ Pour une discussion sur ces modèles, voir www.cptech.org/ip/health/rndt/f/.

¹⁹ À la page www.g8.fr/evian/francais/ cliquer sur « Santé – plan d'action du G8 ».

²⁰ Ces documents, ainsi qu'un rapport présentant les enjeux et les commentaires issus de la rencontre, seront publiés en français, anglais et espagnol en 2004. Pour plus d'information, consulter le site Internet du Réseau juridique à www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/vaccins.htm.

NOUVELLES CANADIENNES

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

Québec – Torrent de stigmata et de discrimination liés au VIH/sida

Dans un intervalle de quelques semaines, en janvier 2004, la combinaison d'actions et de décisions venant de trois institutions, au Québec, a créé une situation de grande incertitude pour les droits humains des personnes vivant avec le VIH/sida, hantée par le spectre du test obligatoire du VIH et par l'éveil, au sein du grand public, de craintes mal placées quant à la propagation du VIH. En réaction à ce qu'ils ont appelé « les pires semaines de l'histoire récente, pour les Québécois-e-s qui vivent avec le VIH/sida », le Réseau juridique canadien VIH/sida et la Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-Sida) ont revendiqué une campagne provinciale contre le stigmata et la discrimination liés au VIH/sida.¹ Un progrès a été marqué par l'annonce du séminaire catholique montréalais qu'il abandonnait son intention d'imposer le test du VIH à tous ses éventuels séminaristes. Toutefois, il faudra beaucoup de travail et d'éducation pour endiguer le flot récent de propositions de tests obligatoires injustifiés.

Les trois institutions impliquées dans l'épisode de janvier 2004 étaient le Grand Séminaire de Montréal, l'Hôpital Sainte-Justine et la Ville de Montréal.

L'affaire du Grand Séminaire

Le 10 janvier 2004, le Grand Séminaire de Montréal, institution de formation de prêtres catholiques, a annoncé qu'il exigerait à compter de septembre 2004 que tous les candidats aux études de prêtrise subissent un test du VIH.²

À l'annonce de sa politique, le Grand Séminaire a relié le test du VIH à l'homosexualité. Ses responsables ont affirmé que la nouvelle politique n'allait pas entraîner l'exclusion automatique des candidats séropositifs : ces derniers devraient expliquer comment ils avaient contracté le VIH et si la cause a été une activité homosexuelle il faudrait convaincre l'administration qu'on est réellement sérieux dans la vocation religieuse.³ M. Marcel Demers, recteur du Grand Séminaire, a expliqué que même s'ils n'étaient pas automatiquement refusés, ces candidats avaient des chances minimales d'être acceptés.⁴

Puis, le Grand Séminaire a affirmé que l'homosexualité n'avait rien à voir avec cela. En conférence de presse le 12 janvier 2004, le cardinal Turcotte, évêque du diocèse de Montréal, a dit : « L'homosexualité n'est pas un critère » [trad.]. La question, d'après ses affirmations, concernait la « santé des candidats » et leur « capacité [physique] de remplir leurs tâches ». Le cardinal a dit que la prêtrise est un « projet pour la vie » et que « le sida est une maladie grave qui peut raccourcir la vie d'une personne ». [trad.]⁵

Le cardinal a invoqué le fait que le Grand Séminaire ne serait pas le seul séminaire catholique à imposer le test du VIH, précisant qu'on le faisait dans des séminaires à Edmonton, Vancouver, aux États-Unis ainsi qu'en Afrique.⁶

Réactions

La décision du Grand Séminaire a été dénoncée par de nombreux organismes de la communauté gaie et de lutte contre le VIH/sida. Un représentant de l'Association gay anonyme pour prêtres exclusivement (AGAPE), qui regroupe des prêtres homosexuels de l'Église catholique, a qualifié cette

politique d'« excessive », ajoutant que s'il en était lui-même au stade de vouloir entrer au Grand Séminaire, il devrait y penser à deux fois. Gilles Marchildon, directeur général d'ÉGALE Canada, un organisme pour les droits des gais, a affirmé que cette politique aurait pour effet de « stigmatiser encore plus les personnes qui vivent avec le VIH/sida en leur faisant sentir qu'elles ne sont pas les bienvenues dans les rangs de l'Église ». Robert Rousseau, de l'organisme Séro Zéro qui travaille en prévention du VIH à Montréal, a déploré le dangereux message d'exclusion qui émanait de cette politique.⁷

Le 13 janvier 2003, le Réseau juridique canadien VIH/sida et la Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-Sida) ont fait parvenir au cardinal et au recteur une lettre dénonçant la nouvelle politique envisagée.⁸

Le lendemain, la Commission québécoise des droits de la personne a fait savoir qu'elle examinerait l'à-propos de faire enquête sur le dossier. Mme Ginette l'Heureux, porte-parole de la Commission, a expliqué qu'il était possible que la décision de l'Église soit une violation de la Charte [québécoise] des droits et libertés de la personne, si son but en imposant le test était de vérifier l'état de santé des candidats. En effet, un employeur peut exercer de la discrimination au motif du handicap d'une personne si ce handicap l'empêche d'effectuer son travail, a expliqué Mme l'Heureux, ajoutant toutefois qu'aucune particularité inhérente au VIH n'aurait l'effet d'empêcher une personne de célébrer une messe ou de s'acquitter des tâches de prêtre.⁹

Le jour même, le Réseau juridique et la COCQ-Sida ont adressé une lettre à la Commission pour l'inciter à faire

enquête.¹⁰ Dans leur lettre, les deux regroupements ont exprimé la mise en garde que « la décision du Grand Séminaire de Montréal de requérir que les candidats aux études se soumettent à un test du VIH risque d'avoir des conséquences néfastes sur la société québécoise, en promouvant la discrimination à l'égard de toutes les personnes qui vivent avec le VIH ou le sida ». Dans leur lettre, le Réseau juridique et la COCQ-Sida précisait :

Imposer le test du VIH aux candidats aux études de prêtrise ne peut être justifié. [...] [E]n vertu du droit canadien, aucun employeur n'a le droit d'imposer de test du VIH comme condition préalable à l'embauche. Il est également interdit par toutes les lois provinciales sur les droits de la personne d'exiger une telle information car cela équivaut à exercer de la discrimination fondée sur le handicap. Nos lois sur les droits de la personne n'accordent aucune exemption à l'Église catholique pour imposer à ses candidats un test du VIH préalable à l'embauche. L'article 20 de la *Charte [québécoise] des droits et libertés* stipule qu'une distinction ou exclusion peut être non discriminatoire si elle est fondée sur « les aptitudes ou qualités requises par un emploi » ou si elle est « justifiée par le caractère [...] religieux d'une institution sans but lucratif ». Mais de toute évidence, le critère de ne pas avoir le VIH n'est en rien une « aptitude » nécessaire à la prêtrise – et le diocèse a la même responsabilité que tout autre employeur, à cet égard : fournir l'accommodement raisonnable à tout employé atteint d'un handicap (VIH ou autre). En outre, il n'y a rien dans le « caractère religieux » de l'Église qui nécessite ou qui justifie de quelque manière que ce soit l'embauche exclusive de prêtres séronégatifs.

L'infection à VIH n'est pas un obstacle qui rend inapte à remplir l'engagement

de prêtre. Les personnes séropositives peuvent vivre une longue vie, en bonne santé. Plusieurs le font. Dans bien des cas, ce qui les empêche de contribuer pleinement à la société, ce n'est pas leur séropositivité : c'est la discrimination que l'on exerce à leur égard. Voilà précisément pourquoi ces personnes ont encore besoin d'être protégées contre les types de discrimination auxquels le test non volontaire du VIH les expose –, d'où l'importance que votre Commission fasse enquête sur cette affaire.

La décision du Grand Séminaire et les déclarations publiques du cardinal Turcotte perpétuent des stigmates liés au VIH ainsi que la désinformation à propos de ce handicap et des personnes qui le vivent. Tous les Québécois et Québécoises vivant avec le VIH viennent de recevoir une gifle publique, de la part d'une institution qui devrait appliquer les valeurs qu'elle prêche : le respect et l'ouverture. La décision du Grand Séminaire et les déclarations publiques d'hommes religieux, à ce sujet, ont fait l'objet d'une très vaste attention médiatique et publique – de fait, aucune autre histoire touchant le VIH n'a été aussi fortement médiatisée depuis fort longtemps. Or, pour l'instant, le message pouvant en résulter dans l'esprit du grand public est que c'est bien correct d'exclure les personnes qui vivent avec le VIH car elles sont incapables d'une pleine participation aux activités de la vie. Nous sommes gravement inquiets de la possible augmentation des pratiques discriminatoires qui pourrait se manifester à l'endroit des personnes vivant avec le VIH, si la Commission prenait la décision de ne pas faire enquête.

La Commission des droits de la personne a accepté de se pencher sur la demande d'enquête.

Le 15 janvier, le Réseau juridique et la COCQ-Sida ont diffusé un communiqué exposant les points soumis à la Commission dans leur lettre. « Les

conséquences du test du VIH sont encore différentes de celles de bien d'autres tests médicaux », a rappelé Lyse Pinault, directrice générale de la

La décision du Grand Séminaire et les déclarations publiques du cardinal Turcotte ont perpétué des stigmates liés au VIH ainsi que la désinformation à propos de ce handicap et des personnes qu'il touche.

COCQ-Sida. « Certes, les personnes qui passent un test volontaire peuvent en tirer plusieurs avantages. Par exemple, elles peuvent suivre un traitement, si elles sont séropositives, et prendre les mesures pour éviter la transmission du VIH. Mais si ce test n'est pas entièrement volontaire et s'il est fait sans le counselling approprié, il peut servir à exercer de la discrimination injuste contre certaines personnes, à les exclure d'une pleine participation, à partir d'idées erronées à propos du VIH et des personnes séropositives. » Ralf Jürgens, directeur général du Réseau juridique, a ajouté : « En 2004, la discrimination à l'endroit des personnes qui vivent avec le VIH/sida demeure répandue, au Canada. Nous ne pouvons pas laisser libre cours à l'injustice. »¹¹ Les journaux *Le Devoir* et *Toronto Star* ont publié des commentaires éditoriaux¹² préparés par le Réseau juridique. Le Réseau juridique a écrit par ailleurs au cardinal Raymond Roussin, à Vancouver, et au cardinal Thomas Collins, à

Edmonton, pour les inciter à revoir leurs politiques sur le test du VIH aux séminaristes.

L'Hôpital Sainte-Justine

Le 22 janvier 2004, des responsables de l'Hôpital Sainte-Justine (un grand centre hospitalier pédiatrique, à Montréal) ont convoqué une conférence de presse pour annoncer que l'hôpital recommandait que 2 614 patients se présentent pour un test du VIH parce que l'on venait de découvrir qu'ils avaient subi des interventions chirurgicales pratiquées par une chirurgienne séropositive au VIH.¹³ L'hôpital n'a pas dévoilé le nom de la chirurgienne, mais en quelques heures des médias ont découvert qu'il s'agissait d'une femme, dont ils ont dévoilé le nom et le fait qu'elle était décédée en 2003.

La D^{re} Lucie Poitras, directrice des services professionnels de l'hôpital, a précisé en conférence de presse que le risque de transmission du VIH à des patients était « extrêmement faible ... presque nul ». Khiem Dao, directeur général de l'hôpital, a expliqué que l'hôpital recommandait quand même que les patients passent le test parce que « la sécurité des enfants a priorité sur toute autre considération ». [trad.]¹⁴

La D^{re} Poitras a expliqué que la chirurgienne, en 1991, avait signalé sa séropositivité à son superviseur immédiat et qu'un comité avait alors été formé pour déterminer « quel genre de travaux médicaux [la chirurgienne] pourrait accomplir ». [trad.]¹⁵ Cependant, la direction de l'hôpital n'a pu trouver de traces de délibérations du comité au delà de l'année 1996.¹⁶

Réactions

Certaines personnes interviewées par des médias se sont dites choquées

d'apprendre qu'un médecin vivant avec le VIH puisse pratiquer des interventions chirurgicales; d'autres y sont allés de la revendication que tout risque (si faible soit-il) de transmission d'une maladie grave ou mortelle devrait être révélé au patient avant l'intervention.¹⁷ Dans certains reportages, on revendiquait que tous les médecins soient soumis à des tests obligatoires.

M. Philippe Couillard, ministre québécois de la Santé et des Services sociaux, a exposé quelques jours plus tard sa position : les médecins vivant avec le VIH devraient révéler leur état à la direction de leur hôpital, mais le test obligatoire du VIH aux médecins était « légalement risqué » [trad.]. M. Couillard a signalé que le test obligatoire peut être une violation des lois sur la vie privée et des dispositions de la Charte des droits et libertés de la personne. « Cela soulève de nombreuses questions de confidentialité » a expliqué le ministre, ajoutant que « le test peut engendrer un faux sentiment de sécurité ». [trad.]¹⁸

Le ministre a souligné que la chirurgienne avait pris des précautions très minutieuses, dans ses interventions auprès des patients. Il a ajouté

Les craintes profondes du public, à l'égard du VIH et du sida en particulier, ne devraient pas être la force motrice qui guide les politiques publiques.

que le vrai problème résidait dans l'absence de suivi adéquat par l'hôpital après 1996. Il a fait savoir, par ailleurs, que le Collège des médecins

du Québec travaillait à l'élaboration d'une politique sur la divulgation par les médecins atteints de maladies transmissibles.¹⁹

Dans son éditorial du 27 janvier, le quotidien montréalais *The Gazette* articulait son opposition au test obligatoire des chirurgiens :

Les professionnels de la médecine sont les mieux placés pour fournir des conseils sur de telles questions. Les craintes profondes du public, à l'égard du VIH et du sida en particulier, ne devraient pas être la force motrice qui guide les politiques publiques.

Les experts affirment que les risques de transmission du VIH d'un chirurgien au patient, si les protocoles en place sont respectés, sont si faibles que des procédures de test systématique et récurrent pour les chirurgiens seraient un gaspillage d'argent. Aux États-Unis, quelque 25 000 personnes opérées par des chirurgiens séropositifs ont subi des tests et aucune n'était devenue séropositive. Il n'y a eu que deux cas connus de transmission par cette voie, dans le monde entier. Une meilleure protection des patients pourrait être offerte par des tests de l'influenza aux chirurgiens, et par l'analyse du taux d'alcool dans leur sang ainsi qu'une interdiction d'effectuer des chirurgies s'ils n'ont pas eu, par exemple, six heures de sommeil la veille.

Et, de fait, qui devrait-on tester? Pourquoi tester les chirurgiens mais pas les infirmiers [...] ou les assistants? À quelle fréquence tout ce monde devrait-il être testé? Chaque semaine? Et puisque la transmission du VIH du patient au chirurgien est beaucoup plus fréquente que l'inverse, devrait-on tester tous les patients aussi? En bout de ligne, nous arrivons à cette question : est-ce que toute personne qui fournit ou qui reçoit un service médical devrait passer le test? Nous sommes d'avis que la réponse est non.

Il est utile de se rappeler l'exemple de la regrettée chirurgienne d'origine québécoise, la Dr^e Lucille Teasdale, qui a soigné 39 000 patients dans sa clinique en Ouganda, pendant les 15 années après qu'elle eut contracté le VIH en soignant un soldat blessé. Après son diagnostic de VIH, la Dr^e Teasdale a vu son propre médecin londonien l'aviser qu'elle servirait mieux l'intérêt public en continuant à faire des chirurgies. Elle a pris les précautions nécessaires dans sa pratique et a continué, comme l'a fait aussi ... la chirurgienne à Sainte-Justine [...].

[La chirurgienne de Sainte-Justine] a fait ce que l'éthique requérait, en signalant sa séropositivité à son superviseur en chirurgie, en 1991, et ce dernier a fait ce qu'il devait en créant à l'interne un « comité d'experts » pour le suivi de la santé et du travail de la chirurgienne, dans le respect des directives du Collège des médecins du Québec [...]. [trad.]²⁰

L'éditorialiste de la *Gazette* poursuivait en soulignant la nécessité de corriger les causes des lacunes dans le suivi par l'hôpital.

Le 2 février, le Dr Philip C. Hébert, médecin de famille et spécialiste en éthique au Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre in Toronto, et le Dr Philip B. Berger, chef du département de santé familiale et communautaire au St Michael's Hospital de Toronto, ont observé, dans leur commentaire éditorial publié par le quotidien *Toronto Star*, que les actions de l'Hôpital Sainte-Justine avaient « naturellement causé bien des inquiétudes pour les familles [des patients] ». Les deux médecins continuaient ainsi :

Le risque de transmission du VIH d'un médecin à un patient est extrêmement faible – plus faible que de nombreux risques quotidiens que nous acceptons. Le VIH se transmettra d'un chirurgien

séropositif à un patient à raison [statistiquement] d'un cas pour 10 millions. Dans presque tout ce que nous faisons, les risques sont plus élevés que cela [...]

Si les médecins étaient tenus de signaler tout ce qui comporte un risque de 1 sur 10 millions, nous ne ferions jamais notre travail quotidien. Par exemple, les deux auteurs du présent commentaire ont une main d'écriture notoirement mauvaise. Devrions-nous aviser tous nos patients des risques graves que comporte une écriture illisible (qui sont probablement supérieurs à un sur dix millions)?

Cela impliquerait que presque toute caractéristique qui n'est pas optimale devrait être annoncée au patient – par exemple, le simple fait que le médecin, ce jour-là, ne soit pas en excellente forme. Exiger une divulgation de toutes les conditions susceptibles d'affecter le médecin conduirait à paralyser la prise de décision du patient. [...]

La règle sur le consentement au Canada est de dire au patient ce qu'une « personne raisonnable » voudrait savoir. À notre avis, tout ce qui comporte une chance inférieure à un sur un million de se produire est si lointain qu'il n'est pas nécessaire d'en faire mention à une personne raisonnable. [...] La manière de protéger le public, ce n'est pas d'imposer une règle de divulgation qui serait impossible. C'est plutôt de veiller à ce que les médecins aux prises avec des maladies pouvant affecter leur capacité de faire leur travail de manière sûre aient accès à des conseils et soins médicaux en toute confidentialité.

Dans un cas de chirurgienne séropositive, il est raisonnable de requérir la divulgation à un comité médical apte à évaluer de manière indépendante son aptitude à la pratique. Cela protégera tout autant les patients et la professionnelle.

En matière de sécurité des patients, la compétence et le professionnalisme du médecin sont d'importance suprême – et non son état sérologique au VIH. Aucun médecin doté d'une conscience éthique n'exposera un patient à un risque de préjudice évitable. La protection de la confidentialité des fournisseurs de soins séropositifs au VIH peut être équilibrée raisonnablement avec le droit des patients d'être informés de préjudices potentiels.²¹

Par ailleurs, le 2 février, à la suite de consultations auprès de ses membres, l'Association médicale du Québec (AMQ), une division de

La protection de la confidentialité des fournisseurs de soins séropositifs au VIH peut être équilibrée raisonnablement avec le droit des patients d'être informés de préjudices potentiels.

l'Association médicale canadienne, a pris position en faveur d'un processus de divulgation et de suivi à l'interne, dans les établissements de soins de santé, pour les médecins séropositifs au VIH – tout en exprimant son opposition au test systématique pour les médecins. Le Dr André Senikas, président de l'AMQ, a affirmé que lorsqu'un médecin est atteint d'une infection, que ce soit le VIH ou un autre pathogène, les décisions touchant le droit de pratique du médecin devraient être basées sur l'auto-régulation de la profession,

ainsi que sur les meilleures données scientifiques qui existent, et non sur des considérations politiques ou émotives.²²

L'AMQ a également préconisé le recours à des précautions universelles pour la protection simultanée des patients et des médecins.

La Ville de Montréal

La Presse canadienne rapportait, dans un article du 24 janvier 2004, que les nouvelles recrues de la Police de Montréal seraient soumises au test du VIH à compter du 1^{er} mars 2004 et que les candidats trouvés séropositifs au VIH ne seraient pas embauchés. Dans l'article, M. Peter Yeomans, responsable de la sécurité publique au Comité exécutif du conseil de la Ville de Montréal, a invoqué la « sécurité publique » comme une des raisons supposées motiver cette nouvelle politique : « Un policier est appelé à intervenir dans des situations d'urgence où il y a évidemment des blessures, des lésions ouvertes » [trad.], a-t-il affirmé.²³

M. Yeomans affirmait aussi, dans l'article de la Presse canadienne, que l'argent était également une préoccupation. Dans une autre entrevue, quelques jours plus tard, M. Yeomans offrait ce commentaire : « Nous voulons protéger l'employé et le public – c'est une question de santé publique. Il est question d'une embauche pour 30 ans, dans ces cas; nous voulons recruter des personnes, dans les forces policières, qui y travailleront jusqu'à l'âge de la retraite. ». [trad.]²⁴

Réactions

Dans un communiqué diffusé le 26 janvier, le Réseau juridique et la COCQ-Sida ont signalé que tous les membres des forces policières pren-

nent des « précautions universelles » pour se protéger et protéger autrui, dans leurs fonctions. Ils ont affirmé qu'il est insensé de prétendre que les nouvelles recrues ne devraient pas être séropositives, ajoutant que cela pourrait bien conduire à des propositions de soumettre régulièrement tous les membres de la police à des tests du VIH et d'autres infections comme les hépatites – ce qui n'est pas nécessaire et constituerait par conséquent de la discrimination.²⁵

Keith Monteith, directeur général de Sida bénévoles Montréal (ACCM), un organisme communautaire d'aide aux personnes vivant avec le VIH/sida, a affirmé qu'il serait discriminatoire d'exclure d'un emploi une personne capable de fonctionner pendant de nombreuses années, et que ce serait céder à des craintes du grand public. « Je ne vois pas comment [un policier séropositif] peut transmettre le VIH à quelqu'un dans le cadre de son travail, puisqu'il sait quelles précautions appliquer » [trad.] a rappelé M. Monteith.²⁶

La charte [québécoise] des droits et libertés de la personne interdit la discrimination au motif d'un handicap. La Commission reconnaît expressément que l'infection à VIH constitue un handicap. « On ne peut pas exiger des tests de santé à moins que ce soit directement lié à l'emploi » [trad.], a rappelé sa porte-parole, Mme l'Heureux, ajoutant qu'il revenait à l'employeur de faire la preuve que le test est directement lié aux exigences de l'emploi en cause, et que la maladie visée empêcherait la personne de faire ce travail. « On ne peut pas faire de discrimination contre une personne parce qu'elle n'est pas en parfaite santé » [trad.], a-t-elle résumé.²⁷

Le 29 janvier, la *Gazette* rappor-

taut que son enquête auprès d'associations représentant les dentistes, infirmiers, employés de restaurants et personnel ambulancier avait révélé qu'aucune d'entre elles ne demandait que les candidats à l'emploi passent un test du VIH.²⁸ Or M. Yeomans a prétendu que le test du VIH devrait être envisagé pour d'autres employés de services publics, comme les techniciens de services ambulanciers et les pompiers.²⁹

Demande de campagne de lutte contre le stigmata et la discrimination

Le 26 janvier 2004, devant l'ampleur et la teneur des remous causés par les événements au Grand Séminaire, à l'hôpital Sainte-Justine et à la Ville de Montréal, un second communiqué a été diffusé par le Réseau juridique et la COCQ-Sida, pour inciter le Gouvernement du Québec à financer une campagne provinciale contre le stigmata et la discrimination liés au VIH/sida.³⁰

« D'abord, ce fut l'insulte du cardinal Turcotte à toutes les personnes séropositives, par ses commentaires à l'appui de demander aux aspirants à la prêtrise de se soumettre au test du VIH, présumant que si l'on a le VIH on ne pourra s'acquitter des tâches de prêtre. Ensuite, arrivent des appels au test obligatoire du VIH pour les professionnels de la santé, malgré 20 ans de consensus sur le fait que ce ne serait pas la meilleure façon de protéger les patients, et malgré que le risque de transmission du VIH à un patient soit généralement infinitésimal. Puis vint s'ajouter l'affirmation irresponsable et gratuite de Peter Yeomans [...] à l'effet qu'il ne faudra pas avoir le VIH pour aspirer à devenir policier à Montréal car on ne serait supposément pas capable de faire ce travail »,

résumait Ralf Jürgens.

« Nous avons été stupéfaits de voir à quel point plusieurs personnes qui ont de l'autorité et de l'influence,

Le gouvernement doit faire le nécessaire pour contrer cette stigmatisation et les préjugés.

au Québec, de même qu'une grande partie des Québécois-e-s, semblent mal informés sur le VIH et sur les personnes vivant avec le VIH – à en juger par les propositions d'exclure les personnes séropositives. Le gouvernement se doit de faire le nécessaire pour contrer cette stigmatisation et les préjugés qui s'y rattachent », ajoutait Lyse Pinault.

« On estime qu'entre 14 000 et 22 000 Québécois-e-s vivent avec le VIH ou le sida (sur les 56 000 personnes, au Canada). À notre époque, les traitements permettent à la majorité de ces personnes de vivre plus longtemps et en meilleure santé, rappelle Jürgens. Prétendre que les personnes séropositives ne peuvent être employées et contribuer pleinement à la société, c'est faire preuve d'ignorance » commentait Jürgens.

Le Réseau juridique et la COCQ-Sida ont également adressé une lettre au ministre Couillard pour lui faire la demande officielle d'une campagne québécoise contre le stigmata et la discrimination.³¹

Changement de cap au Grand Séminaire

Les actions du Réseau juridique, de la COCQ-Sida et d'autres intervenants ont rapidement porté fruit

sur un des front : le 16 février 2003, le diocèse de Montréal a diffusé un communiqué aux médias pour annoncer qu'il abandonnait son intention d'exiger que les candidats aux études de prêtrise passent un test du VIH.³²

Mme l'Heureux, de la Commission québécoise des droits de la personne, s'est dite satisfaite de ce revirement : « Je crois qu'ils ont réfléchi sur la question et ont été éclairés » [trad.]. Ralf Jürgens a commenté : « Cela semble indiquer qu'ils ont compris que leur politique aurait été illégale. [...] L'énoncé du Séminaire est positif. Nous espérons que c'est de bonne foi. »³³

La communauté peut trouver une certaine satisfaction dans le fait que ses actions aient eu des retombées positives. Mais ces récents épisodes au Grand Séminaire, à l'Hôpital Sainte-Justine et à la Ville de Montréal font foi du fait que la discrimination et la stigmatisation qui entourent le VIH/sida sont encore bien vivantes chez nous, et qu'une réponse bien organisée est nécessaire pour réagir au problème.

– David Garmaise

¹ Réseau juridique canadien VIH/sida et Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-Sida), « Les organismes de lutte contre le sida et de défense des droits mettent en garde contre les tests du VIH mus par l'ignorance et les préjugés », communiqué, 26 janvier 2004 (www.aidslaw.ca/francais/medias/communiques/f-comm-26janv04.htm).

² D. Parkes, « Catholic seminary to screen for HIV », *The Gazette*, 10 janvier 2004.

³ « Les tests de dépistage du sida pour les prêtres sont critiqués », Radio-Canada, 11 janvier 2004.

⁴ *Supra*, note 2.

⁵ F. Deglise, « Grand Séminaire de Montréal – Dépister le VIH dans une logique de "transparence" », *Le Devoir*, 13 janvier 2004 (accessible provisoirement à www.ledevoir.com/2004/01/13/44802.html).

⁶ *Ibid.*

⁷ *Ibid.*

⁸ Lettre téléchargeable (www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/tests/Lettre_CardinalTurcotte.pdf).

⁹ D. Parkes, « Seminary's demand for HIV test may violate rights: commission », *The Gazette*, 14 janvier 2004.

¹⁰ Lettre téléchargeable (www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/tests/Lettre_TestVIHCQDPJ.pdf).

¹¹ Réseau juridique canadien VIH/sida Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-Sida), « Le test du VIH aux aspirants prêtres est qualifié d'illégal et immoral », communiqué, 15 janvier 2004 (www.aidslaw.ca/francais/medias/communiques/f-comm-15janv04.htm).

¹² R. Jürgens, « Rappel au cardinal Turcotte et autres intéressés – Quelques rudiments du test du VIH », *Le Devoir*, 16 janvier 2004; R. Jürgens, « A refresher course on HIV testing. *Toronto Star*, 20 janvier 2004 (tous deux accessibles à www.aidslaw.ca/francais/medias/archives.htm#coudp).

¹³ P. Ray, « Montreal Ste-Justine Children's Hospital will test 2,614 patients for HIV », *Canadian Press*, 22 janvier 2004.

¹⁴ *Ibid.*

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ L. Lévesque, « Quebec Medical Association adopts disclosure policy for HIV-positive doctors », *Canadian Press*, 5 février 2004.

¹⁷ P. Hébert, P. Berger, « Dealing with surgeons and HIV », *Toronto Star*, 1 février 2004.

¹⁸ « HIV-positive docs should advise their hospitals: Québec health minister », *Canadian Press*, 26 janvier 2004.

¹⁹ *Ibid.*

²⁰ « HIV: Public safety doesn't require HIV testing », *The Gazette*, 27 janvier 2004.

²¹ *Supra*, note 17.

²² Association médicale du Québec, « L'AMQ en faveur d'un processus de divulgation à l'interne » communiqué, (www.amq.ca/fra/pri_nou_commu.htm#6fevrier2004). N.d.t. : L'extrait où nous indiquons qu'il s'agit d'une traduction est une citation tirée du communiqué anglais (www.amq.ca/ang/pri_nou_commu.htm#6fevrier2004).

²³ « New Montreal police recruits will be tested for HIV after March 1 », *Canadian Press*, 24 janvier 2004.

²⁴ I. Block, « Montreal police alone in HIV test », *The Gazette*, 29 janvier 2004.

²⁵ *Supra*, note 1.

²⁶ S. Banerjee, « City's ban on HIV-positive cops disputed », *The Gazette*, 28 janvier 2004.

²⁷ *Ibid.*

²⁸ *Supra*, note 24.

²⁹ D. Parkes, « Seminary won't test for HIV », *The Gazette*, 17 février 2004.

³⁰ *Supra*, note 1.

³¹ Lettre téléchargeable (www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/tests/F_Lettre_Ministre_Couillard.PDF).

³² Diocèse catholique de Montréal, « L'Archevêché de Montréal poursuit sa réflexion mais exclut l'imposition d'un test du VIH », communiqué (http://diocesemontreal.org/communications/actualites/archives_act/2004/02_16/index.htm).

³³ *Supra*, note 29.

Alberta – Nouveau projet de loi pour autoriser le test obligatoire du VIH en situation d'urgence

L'on s'attend à ce qu'un député dépose un projet de loi au Parlement de la province de l'Alberta, pendant la session parlementaire du printemps 2004, pour autoriser que l'on contraigne des personnes à passer des tests du VIH, d'hépatites et d'autres infections hématogènes lorsque des liquides corporels de ces personnes sont entrés en contact avec un « travailleur d'urgence » ou un bon Samaritain. Le projet de loi récoltera vraisemblablement un fort appui parmi les rangs des Conservateurs qui sont au pouvoir.

D'après un article publié dans le *Calgary Herald*,¹ le député conservateur d'Edmonton Thomas Lukaszuk s'apprêterait à déposer un projet de loi pour permettre d'imposer le test du VIH, d'hépatites et d'autres infections hématogènes à toute personne dont des liquides corporels auraient touché un agent de police, un agent correctionnel, un intervenant d'urgence ou un bon Samaritain. L'on s'attend à ce que le projet de loi soit déposé à l'assemblée législative de l'Alberta au printemps 2004.

Lukaszuk a affirmé qu'il existe de nombreux cas de travailleurs d'urgence exposés à des crachats, des morsures, des attaques à la seringue, ou exposés autrement à des liquides corporels de personnes auprès desquelles ils interviennent. En vertu de la loi qu'il proposerait, un test pourrait être imposé si la personne refuse de donner un échantillon de sang. L'ordonnance devrait être approuvée par un médecin hygiéniste, et l'information fournie par le test ne pourrait pas être utilisée dans des démarches pénales, ni pour aucun autre but que de déterminer si

l'intervenant d'urgence devrait recevoir un traitement médical. Lukaszuk a affirmé par ailleurs que, contrairement à une loi semblable entrée en vigueur en Ontario en septembre 2003,² son projet de loi n'inclurait pas de mesures de test associées à une « protection des victimes de crime ». Il a ajouté qu'il serait impossible d'obtenir assez rapidement un échantillon de sang d'un individu dont il faudrait d'abord établir la culpabilité.

L'on s'attend à ce que ce projet de loi soit appuyé massivement par le caucus du gouvernement conservateur de cette province. Il a également l'appui de regroupements de police et de travailleurs de services d'urgence. Le projet de loi se veut une réaction à des cas comme l'incident survenu en janvier 2001, où le constable Ray McKenzie a été mordu à la main par un homme séropositif qu'il était en train d'arrêter. Après l'avoir mordu, le suspect lui a crié : « Bienvenue dans l'univers du sida ». Le constable a commencé un traitement anti-VIH immédiatement; tous ses tests de VIH se sont avérés négatifs.³

Des experts en matière de VIH/sida affirment que la pratique de tests obligatoires ne protégerait pas les travailleurs contre les expositions professionnelles, et que d'autres mesures – telles l'éducation, la formation et le counselling – seraient plus efficaces. Ils signalent, de plus, que les tests obligatoires sont des violations des droits des individus.⁴

– Rebecca Scheer

¹ K. Cryderman, « Alberta may force AIDS tests to protect emergency workers », *Calgary Herald*, 23 janvier 2004, A1.

² Voir M. Perry, « L'Ontario promulgue sa Loi sur les échantillons de sang, mais reporte celle sur la confidentialité » *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2003, 8(1) : 31; et R. Carey, « L'Ontario adopte une loi sur les "échantillons de sang" », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 6(3) : 44-45.

³ Un incident semblable s'est produit à Edmonton en 2002. Voir R. Scheer, « Un incident de crachat fait resurgir des appels en faveur du test obligatoire », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 7(2/3) : 40.

⁴ Voir 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; et T. de Bruyn, *L'exposition professionnelle au VIH et l'administration forcée de tests du VIH – questions et réponses*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2002 (<http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/tests/testing-q&aF.pdf>).

Frénésie médiatique devant la remise en liberté d'un Terre-neuvien

Des médias ont traité avec sensationnalisme la récente remise en liberté d'un homme qui avait été trouvé coupable d'avoir transmis le VIH, à Conception Bay North, il y a plus d'une décennie. On craint que le battage médiatique entourant cette histoire contribue à accroître la stigmatisation de toutes les personnes qui vivent avec le VIH/sida.

La remise en liberté d'un homme qui a été condamné à la prison, il y a 11 ans, pour négligence criminelle ayant causé des lésions corporelles en raison du fait d'avoir transmis sciemment le VIH à deux femmes, a suscité une intense couverture médiatique, à Terre-Neuve et au Labrador. Des journalistes ont tiré la nouvelle d'un avis diffusé par la Gendarmerie royale du Canada (GRC) : « La GRC prévient le public : un criminel dangereux revient dans la province ». Les reportages des médias mettaient en garde contre les conséquences possibles du retour de ce criminel dangereux, dans la société, en particulier à cause de la rumeur qu'il retournerait dans sa communauté natale de Conception Bay North.

Radios, télévisions et journaux se bouscuaient pour recueillir des commentaires; le Comité du sida de Terre-Neuve-et-Labrador a reçu de nombreuses demandes. Les émissions de nouvelles ont concocté des reportages, réunissant des entrevues de divers experts pour parler des sujets en question, y compris une entrevue avec le principal intéressé, que le diffuseur a intitulée : « Sexe, mensonges et VIH ». ¹ Les médias ont veillé à ce que ce nom et ce visage soient reconnus instantanément par tout le monde, dans la province. Soudain, le VIH était au cœur de l'attention médiatique – pas pour une campagne de sensibilisation, mais

plutôt en tant que problème de sécurité publique.

Les médias semblaient s'attendre à une répétition des événements du début des années 1990, lorsqu'une attention publique considérable s'est concentrée sur une flambée de cas de VIH à Conception Bay North. Comme l'a observé un habitant de cette communauté : « Il a fallu bien du temps avant que s'estompe le stigmatisme qu'avaient engendré les médias lorsque tout cela s'est produit, il y a bien des années. Et voilà qu'ils recommencent. »

Dans la province, les gens avaient des opinions diverses à propos de la remise en liberté de l'homme, mais ils se demandaient surtout comment la communauté de Conception Bay North composerait avec cette situation. « Il y a eu bien des blessures, là-bas, à cause de ce qu'il a fait, a affirmé une dame. Il a ramené bien des affaires à la surface, mais la communauté, dans l'ensemble, a bien traversé l'épreuve et ça n'a pas causé les problèmes que les médias ont tenté de susciter. Les journalistes sont devenus frénétiques! Je trouve vraiment qu'ils sont allés trop loin. »

Plusieurs intervenants se demandent quelle utilité peut avoir cette frénésie médiatique. Étant donné que l'homme est considéré comme un criminel dangereux, la police avait la tâche d'aviser le public de sa remise en liberté. Mais la couverture média-

tique est allée bien au delà de ce but et elle peut avoir suscité des craintes qui dépassent largement le cadre de cet incident particulier. Il est difficile de savoir si le public a perçu la chose comme l'acte d'un individu ou si les médias ont en fin de compte dépeint le VIH lui-même comme le vilain. Un résidant a dit : « Je suis content qu'ils aient montré son visage. Si c'est un criminel dangereux, les gens doivent le savoir. Mais je crains qu'ils poussent le public à avoir peur de tout le monde qui a le VIH. » C'est bien ce qui a pu se produire, si l'on en croit les paroles d'une personne qui a téléphoné à une émission populaire de radio pour affirmer : « Il devrait y avoir une liste de toutes les personnes infectées par le sida ». ²

L'un des arguments à l'encontre de la criminalisation du VIH est la crainte qu'une attention médiatique disproportionnée des médias, à de telles histoires, entraîne une intensification de l'opprobre à l'égard des personnes qui vivent avec le VIH/sida. Plusieurs personnes assimileront de manière passive l'« information » qui leur est servie, sans y réfléchir. Et en l'absence d'une analyse ou d'une compréhension adéquate des problématiques, on peut en venir à donner l'impression que toutes les personnes séropositives sont des criminels en puissance.

Les fournisseurs de services ont affirmé que le temps et l'argent

consacrés à la couverture de cette histoire auraient pu être utilisés de manière plus efficace à fournir de l'information appropriée au public, et servir à l'avancement de la réduction des méfaits ou au progrès des politiques. Malheureusement, jusqu'à ce

que l'on se ravise, des événements comme la remise en liberté de ce Terre-neuvien continueront de faire la manchette.

– Michelle Boutcher

Michelle Boutcher, directrice générale par interim au Comité sida Terre-Neuve-et Labrador, peut être jointe à mboutcher@acnl.net.

¹ Cette entrevue a été diffusée à l'émission *The Docket*, sur les ondes de la CBC Television, le 23 octobre 2003.

² *Open Line*, VOXM Radio, 24 octobre 2003.

Santé Canada rend de la marijuana disponible pour usage médicinal

Avec réticence, Santé Canada a finalement amorcé la distribution de marijuana pour usage médicinal, malgré les préoccupations exprimées au sujet de la qualité de son produit. En réponse à une ordonnance de tribunal, le ministère a également apporté des changements au Règlement sur l'accès à la marijuana médicale (RAMM) – sans toutefois intégrer complètement l'orientation fournie par la cour.

Comme suite à une ordonnance de la cour, Santé Canada a commencé la distribution de marijuana médicale à des patients vivant avec le VIH/sida ou d'autres affections. Il a également apporté des changements au RAMM, qui régit la question. Ces changements ont été apportés après que l'appel intenté par Santé Canada, contestant l'ordonnance de la cour, ait été rejeté par la Cour d'appel de l'Ontario.¹

La distribution à des patients

Il y a quatre ans, Santé Canada a mandaté Prairie Plant Systems Inc. de cultiver de la marijuana destinée à un usage médicinal, dans une mine abandonnée à Flin Flon, Manitoba.² Depuis ce temps, la controverse

entoure les raisons pour lesquelles on a fait pousser ces plants. En dépit d'indications préliminaires à l'effet qu'au moins une partie du produit final allait être destiné à un usage direct par des patients, Santé Canada s'est opposé à une telle distribution du produit; le ministère maintient que la culture était faite uniquement en vue de recherches cliniques.³

Dans l'arrêt *Hitzig c. Canada*, en janvier 2003, la cour a ordonné à Santé Canada de fournir une source légitime de marijuana aux individus autorisés à en faire usage en vertu du RAMM.⁴ Le 9 juillet, Santé Canada avait annoncé un plan intérimaire pour l'utilisation de la récolte de Flin Flon aux fins de satisfaire ce besoin.⁵

Le 25 août 2003, les premiers envois de marijuana parvenaient à des

patients. Jari Dvorak, un Torontois qui vit avec le VIH et qui est légalement autorisé à faire usage de marijuana, en vertu du RAMM, était l'un d'eux. Bien qu'il ait déploré la qualité médiocre du cannabis qu'il a reçu de l'État, Dvorak a affirmé que c'était un grand jour pour les utilisateurs de marijuana médicinale au Canada.⁶

Des activistes ont salué le geste du Gouvernement du Canada, mais plusieurs patients qui ont reçu du cannabis ont partagé les craintes de Dvorak quant à la qualité du produit – certains ont même affirmé que cette marijuana leur avait donné des malaises.⁷ Barrie Dalley, un Torontois de 52 ans qui utilise la marijuana pour atténuer la nausée associée au sida, a dit : « Cette marijuana m'a donné la nausée, parce que j'ai dû en fumer

une si grande quantité. Elle était si faible. Littéralement, j'ai fini par vomir.⁸

Le produit a été critiqué pour la proportion importante de tiges et de matière inerte qu'il contenait. Par ailleurs, Philippe Lucas, porte-parole du collectif Canadians for Safe Access (CSA),⁹ a affirmé que le produit « ne contient qu'environ 3% de THC – au lieu des 10,2% qu'on avait annoncés – et on y trouve également des contaminants comme du plomb et de l'arsenic »¹⁰ à cause d'une contamination du sol dans la mine abandonnée où la marijuana est cultivée, ainsi qu'autour du site. Cependant, Brent Zettl, de Prairie Plant Systems, a rejeté les affirmations des CSA en affirmant qu'elles étaient « pratiquement de la diffamation ».¹¹

Amendements au RAMM

Lorsque Santé Canada a annoncé son plan de distribution, il a souligné que la distribution aux patients ne serait qu'une mesure provisoire. Le même jour, le ministère a porté en appel la décision de la Cour supérieure de l'Ontario qui l'obligeait à mettre en place ce mécanisme de distribution.¹² L'appel a été tranché le 7 octobre 2003 : la Cour d'appel de l'Ontario a

La Cour d'appel a ordonné l'assouplissement de plusieurs restrictions du RAMM, en particulier pour la culture de plants.

maintenu le jugement de la Cour supérieure. La Cour d'appel a ordonné que plusieurs des restrictions contenues dans le RAMM

soient assouplies, en particulier en ce qui a trait à la culture de plants.

En réaction au jugement, Santé Canada a annoncé que « les modifications ... au RAMM seront apportées en deux phases. La première phase porte sur la réponse à la décision de la cour, en donnant un effet national à certains éléments du recours accordé par la cour ... La deuxième phase consistera en un examen élargi du RAMM concernant les préoccupations exprimées par les intéressés et comprendra un processus consultatif complet. »¹³

Le premier volet des amendements au RAMM est entré en vigueur le 17 décembre 2003. Certaines des directives de la Cour d'appel ont été intégrées dans les amendements, mais pas toutes.¹⁴ Le changement le plus évident est que les cultivateurs désignés, légalement autorisés à faire pousser de la marijuana pour des patients incapables de le faire eux-mêmes, peuvent désormais toucher une compensation financière pour leurs services. Cependant, les changements apportés ne respectent pas les directives de la Cour à l'effet que (a) les cultivateurs désignés soient autorisés à faire la production pour plus d'un utilisateur, et que (b) plus de trois cultivateurs désignés puissent combiner leurs efforts sur un même site.

Les consultations pour le second volet d'amendements au RAMM sont prévues pour le printemps 2004.

Le statut de la marijuana en droit

Au cours du long débat sur la constitutionnalité du RAMM, l'incertitude juridique a entouré la possession simple de marijuana à des fins non médicinales. Entre le 31 juillet 2001 et le 7 octobre 2003, vu les précé-

dents établis par les affaires *JP et Barnes*,¹⁵ il n'était pas clair que l'on puisse considérer universellement valides les lois qui interdisaient la possession. (L'arrêt de la Cour d'appel rendu le 7 octobre 2003 a finalement établi sans ambiguïté que la possession de marijuana sans exemption médicale est illégale.¹⁶)

En réaction à l'incertitude qui régnait, le ministère de la Justice avait annoncé le 9 décembre 2003 qu'il suspendrait les procédures contre toute personne accusée de possession de marijuana pendant la période de confusion. En conséquence, on a écarté quelque 4 000 affaires judiciaires liées à des accusations portées entre ces dates.¹⁷

Autres développements récents :

- On peut acheter de la marijuana dans les pharmacies néerlandaises depuis le 1^{er} septembre : les Pays-Bas rendent de la marijuana disponible sur ordonnance.¹⁸ Les médecins néerlandais sont autorisés à prescrire de la marijuana pour diverses raisons, notamment le cancer, le sida et la sclérose en plaques. Le cannabis est cultivé par deux entreprises réglementées par le ministère de la Santé et il est distribué aux patients dans les pharmacies ordinaires.¹⁹
- L'Association canadienne de naturopathie a accordé son appui officiel à l'usage de marijuana à des fins médicinales.²⁰
- Une compagnie d'assurances a accepté une réclamation pour des dépenses en marijuana médicale.²¹

¹ Voir G. Cruess, « La Cour d'appel de l'Ontario déclare inconstitutionnel le règlement sur la marijuana

médicinale », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2003, 8(3) : 59-62. Voir aussi, p. ex., K. Makin, « Ottawa's Pot Rules Unconstitutional », *Globe and Mail*, 7 octobre 2003.

² Voir J. Gold et R. Elliott, « La marijuana à des fins médicales et la loi – Nouveaux développements », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2001, 6(1/2) : 9-12.

³ Voir D. Thaczuk, « Mer agitée pour le programme canadien de marijuana médicale », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2003, 8(1) : 24-25.

⁴ Voir G. Betteridge, « Le Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales est déclaré inconstitutionnel parce qu'il ne prévoit pas de source légitime de marijuana », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2003, 8(1) : 57-60.

⁵ Voir D. Thaczuk, « Santé Canada dévoile son plan de distribution de marijuana médicale », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2003, 8(2) : 21-23.

⁶ T. Brautigam, « Toronto man expresses relief as he picks up medicinal pot from doctor », *Canadian Press*, 26 août 2003.

⁷ D. Beeby, « First tokers of Health Canada cannabis call it disgusting, want money back », *Canadian Press*, 15 septembre 2003.

⁸ *Ibid.*

⁹ Le site Internet des CAS est à l'adresse <http://safeaccess.ca>

¹⁰ *Supra*, note 7. Voir aussi « Lab tests reveal Health Canada government weed weak », *medicalmarijuana.ca*, 15 septembre 2003 (www.medicalmarijuana.ca/govtpot.html).

¹¹ D. Beazley, « Government pot grower stung by critics », *Edmonton Sun*, 17 septembre 2003.

¹² *Supra*, note 4.

¹³ Règlement modifiant le Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales, *Gazette du Canada, Partie II, vol. 137, no 26, p. 2982-2994* (<http://canadagazette.gc.ca/partII/2003/20031217/pdf/g2-13726.pdf>).

¹⁴ Le RAMM et d'autres renseignements connexes sont accessibles sur le site Internet du Bureau de l'accès médical au cannabis (www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/bamc/).

¹⁵ Voir G. Betteridge, « La possession de marijuana est jugée légale pour le moment », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2003, 8(1) : 68-70.

¹⁶ « Court makes pot possession illegal again », *Canadian Press*, 7 octobre 2003. Voir aussi, J. Rupert, « Court eases medical marijuana rules, reinstates law against possession », *Ottawa Citizen*, 8 octobre 2003.

¹⁷ K. Lunman, « Ottawa stays pot charges in 4,000 cases », *Globe and Mail*, 9 décembre 2003.

¹⁸ « Dutch start selling medicinal marijuana », Globeandmail.com (Associated Press), 1 septembre 2003.

¹⁹ P. Gallagher, « Netherlands OKs marijuana for medical use », *National Post*, 2 septembre 2003.

²⁰ « Canadian Naturopathic Association supports medical marijuana », Medicalmarijuana.ca, 25 septembre 2003 (www.medicalmarijuana.ca/cna.html).

²¹ « Cannabis covered as prescription drug by insurance company », *London Free Press* (Canadian Press), 18 novembre 2003.

Le sida en milieu de travail : un programme toujours pertinent

Au Québec, une nouvelle programmation sur le Sida en milieu de travail met en relief les droits des employés qui vivent avec le VIH/sida. Le programme aborde des enjeux comme la confidentialité de la séropositivité, l'accès aux prestations d'assurances, la discrimination et la nécessité que les employeurs fournissent les accommodements raisonnables aux employés aux prises avec des handicaps.

En novembre 2003, suite à l'embauche d'une chargée de programme, la Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-Sida) a lancé sa nouvelle programmation Sida en milieu de travail (SMT). Cette programmation a pour buts, au Québec : 1) de promouvoir et de défendre, en milieu de travail, les droits des personnes qui vivent avec le VIH/sida; et 2) de prévenir la transmission du VIH/sida et d'informer sur les modes de transmission et sur l'ensemble de la problématique du VIH/sida au travail. En vue d'atteindre ces buts, des activités à réaliser ont été articulées autour de six volets prioritaires :

1) information, éducation et formation ; 2) accompagnement des organismes membres de la COCQ-Sida ; 3) intervention de crise ; 4) recherche ; 5) plaider ; et 6) partenariats.

Le programme SMT a vu le jour en 1988.¹ Au fil des ans, il a connu bon nombre de modifications, d'ajouts et d'adaptations, devant l'évolution du VIH/sida (au niveau médical certes, mais en ce qui a trait à l'ouverture ou au manque d'ouverture de la société à l'égard de cette maladie).

En 1992, le ministère de la santé et des services sociaux du Québec (MSSS) relance le programme SMT² et en confie la gestion complète à un comité membre de la COCQ-Sida en

1999 (« comité SMT »). L'un des objectifs de ce programme vise la sensibilisation des gestionnaires d'entreprises privées, publiques et parapubliques aux problématiques du VIH/sida, afin de les encourager à adopter des politiques sur le VIH/sida en milieu de travail et de leur permettre de faire face au sida dans leur milieu.

Après quatre années, compte tenu des constats issus des pratiques des dernières années, le comité SMT décide, avec l'accord du MSSS, de revoir les orientations du programme et de recentrer les énergies sur la défense des droits des personnes vivant avec le VIH/sida. La pertinence de cette réorientation est illustrée par le contexte actuel, qui ne laisse aucun doute quant à la présence de tabous, de stigmatisation et d'ignorance à propos du VIH dans la large sphère du monde du travail au Québec.

En effet, le début de l'année 2004 a été marqué par l'exigence du test du VIH pour les candidats à la prêtrise au Grand Séminaire de Montréal; le battage médiatique autour du rappel de 2 614 enfants opérés par une chirurgienne séropositive, à l'hôpital Sainte-Justine; la décision de la Ville de Montréal à l'effet que tous les aspirants policiers seront soumis à un test du VIH et que ceux trouvés séropositifs ne seront pas embauchés par la Police de Montréal; l'affirmation de

Peter Yeomans, membre chargé de la sécurité publique au Comité exécutif de la Ville de Montréal, à l'effet que l'on devrait avoir recours à des tests du VIH comme critère pour d'autres groupes d'employés publics, comme les techniciens ambulanciers et les pompiers;³ sans oublier les réactions des médias et du grand public sur ces

Les tabous, la stigmatisation, l'ignorance sont encore présents dans le monde du travail, au Québec.

questions (voir autre article à ce sujet dans la présente section).

Pour répondre aux problématiques liées au VIH/sida en milieu de travail, il apparaît fondamental de s'intéresser à certains sujets incontournables, comme la confidentialité, l'accès aux assurances, le statut d'invalidité dans le cadre des régimes privés d'assurance, de régie des rentes et d'aide sociale, l'interdiction de discrimination dans l'emploi, les mesures d'accommodement raisonnable de la part des employeurs et la divulgation de la séropositivité.

Les recherches effectuées à ce jour sur ces questions, par l'équipe de la COCQ-Sida, permettent de constater l'existence d'écarts significatifs entre l'état du droit actuel et certaines pratiques qui ont des répercussions sur la réalité des personnes séropositives qui ont, ou tentent d'avoir, une vie active.

À titre d'exemple, citons les questionnaires et ou entrevues d'embauche qui peuvent contenir des demandes de renseignements relatifs à l'état de santé et plus particulièrement, directement ou indirectement, à

l'état sérologique. Cette pratique, formellement interdite en vertu de l'article 18.1 de la *Charte des droits et libertés de la personne*⁴ (la *Charte québécoise*),⁵ place les personnes séropositives dans des situations extrêmement inconfortables et délicates. Si une personne ment sur son statut sérologique et que la vérité éclate à ce sujet, est-ce que qu'elle sera toujours considérée comme une employée loyale par l'employeur?⁶ En revanche, si elle divulgue sa séropositivité est-ce que sa candidature sera considérée selon son mérite? Si tel n'est pas le cas et que la personne estime avoir été victime de discrimination, peut-on réellement considérer qu'elle dispose de voies de recours effectifs, à l'heure actuelle? Intenter un recours nécessitera qu'elle divulgue sa séropositivité. Dans ce contexte, on peut aisément comprendre que la stigmatisation et l'opprobre sociales, si lourds à porter, puissent inciter des personnes séropositives à garder le silence – et ainsi transformer un recours judiciaire en un concept bien théorique.

Le VIH/sida pose des défis importants au droit actuel et à sa mise en oeuvre. En effet, un grand nombre de problématiques liées au vécu des personnes qui vivent avec le VIH place la société face à des droits qui s'entrechoquent, face à des réponses juridiques théoriques qui ne trouvent pas encore d'échos dans notre société.

Dans le cadre de la mise en oeuvre du programme, le comité SMT et la chargée du programme à la COCQ-Sida tenteront d'identifier ces zones grises pour trouver des solutions porteuses de changements. L'équipe est en effet convaincue que ce travail ne pourra se faire qu'en établissant des partenariats avec des acteurs influents du monde du travail, tels,

notamment, les employeurs, les syndicats, la Commission de la santé et sécurité du travail et les Centre locaux d'emploi. La création de tels partenariats est un des objectifs du programme SMT.⁷ La programmation SMT actuelle couvre la période de 2003 à 2005 et la décision du MSSS quant au renouvellement de son financement sera prise après une évaluation de ce programme et de plusieurs autres volets du travail de la COCQ-sida.

– Christine Vézina

Christine Vézina, chargée du programme Sida en milieu de travail, à la COCQ-Sida, peut être jointe à christine.vezina@cocqsida.com.

¹ À l'époque, le financement provenait du gouvernement fédéral et le programme était géré par la Société canadienne du sida.

² En effet, en collaboration avec le ministère du Travail, il publie et diffuse auprès de 20 000 entreprises québécoises syndiquées la première édition du guide *Sida et milieu de travail : investir dans l'action*.

³ D. Parkes, « Seminary won't test for HIV: Bowing to Québec charter; archdiocese abandons plans to screen applicants for virus », *Montreal Gazette*, 17 février 2004.

⁴ L.R.Q., c. C-12.

⁵ À moins que le fait d'être séronégatif soit considéré comme une aptitude ou qualité requise de l'emploi (article 20 de la *Charte québécoise*). À ce jour, aucun emploi ou profession posant de telles exigences justifiées ou justifiables dans une société libre et démocratique n'a été formellement identifié.

⁶ Cette question est d'autant plus pertinente que l'employé est soumis à une obligation de loyauté envers l'employeur en vertu de l'article 2088 du *Code civil du Québec* (L.Q., 1991, c. 64). Dans l'affaire *Roussel Canada Inc. c. Loubaba Cherkaoui*, [1991] C.T./T.T., 288, l'employeur a congédié Mme Cherkaoui pour manque de franchise parce que cette dernière ne l'a pas informé, pendant le processus d'embauche (entrevue, signature du contrat de travail, examen médical), qu'elle était enceinte. Selon l'employeur, il s'agissait, d'une cause juste et suffisante de congédiement. Dans son jugement, le tribunal n'a pas retenu l'argument de l'employeur et a refusé de pencher sur les conséquences découlant d'une fausse déclaration faite à l'entrevue d'embauche. Le tribunal a plutôt conclu en rappelant qu'il n'incombait aucune obligation pour Mme Cherkaoui de divulguer sa grossesse au moment de l'entrevue d'embauche. Le tribunal a donc maintenu la décision du commissaire du travail à l'effet que le congédiement de Mme Cherkaoui était illégal parce qu'il ne s'appuyait pas sur un motif juste et raisonnable.

⁷ Il s'agit en effet d'un volet à part entière du programme SMT (volet 6 – Partenariats)

En bref

Création d'un Réseau d'appui à l'application communautaire de l'UNGASS

En juin 2001, 189 pays (dont le Canada) se sont engagés à un plan de réaction mondiale au VIH/sida, pour la décennie. Ce plan est la « Déclaration d'engagement sur le VIH/sida » de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (UNGASS).

Pour faire progresser l'application de la Déclaration d'engagement de l'UNGASS dans le travail effectué partout au Canada, divers partenaires ont fondé le Réseau canadien pour la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida (RCDEVS), un collectif d'organismes communautaires, d'ONG nationaux, d'agences fédérales et d'activistes de la lutte contre le sida.

Dérivé d'un concept communautaire d'organismes de lutte contre le sida (OLS) et d'activistes de l'Alberta, le RCDEVS a été lancé à l'occasion du 4^e Symposium national de perfectionnement des compétences dans le domaine du sida, tenu à Calgary en novembre 2003. Après quelques mois d'existence, le collectif compte 13 membres, qui sont des individus, des ONG nationaux comme la Société canadienne du sida, et des ministères comme Santé Canada.

« Nous sommes emballés par la réaction positive faite au RCDEVS jusqu'à maintenant, explique Le-Ann Dolan, qui travaille au développement communautaire pour AIDS

Calgary et membre du RCDEVS. Nous espérons que l'élan continuera de s'accroître, en particulier au palier local, où l'application de la Déclaration de l'UNGASS peut se traduire en actions sur le terrain. »

Le RCDEVS a pour objectif d'aider les individus et organismes à appliquer la Déclaration de l'UNGASS dans leur travail, et de démontrer que cela peut être bénéfique pour eux sans même ajouter grandement à leur charge de travail déjà lourde. Un objectif secondaire est de réunir des OLS de partout au Canada pour former un groupe de représentants de la communauté qui tente d'amener le Gouvernement du Canada à un travail soutenu pour respecter ses engagements en vertu de l'UNGASS – entre autres en augmentant l'enveloppe budgétaire allouée à la Stratégie canadienne sur le VIH/sida.

Deborah Jakubec, membre du RCDEVS et animatrice à l'éducation des pairs et coordonnatrice du programme des bénévoles à HIV Edmonton, a dit : « J'espère que le Réseau pour l'UNGASS donnera aux OLS l'occasion de travailler ensemble pour assurer que notre gouvernement prenne ses responsabilités vis-à-vis des engagements de l'UNGASS. »

« Il est important de reconnaître que l'UNGASS ne remplacera pas notre travail sur le terrain, précise Dolan. Mais la DEVS peut renforcer notre travail de plusieurs manières concrètes, tout en offrant d'importantes occasions de lobbying pour l'augmentation des ressources

octroyées au travail que nous effectuons, que ce soit localement ou à l'échelle internationale. »

– Rebecca Scheer

Pour plus d'information sur le RCDEVS ou s'y joindre, consulter www.aidscalgary.org/programs/unDeclaration.shtml ou communiquer avec Le-Ann Dolan (courriel : ldolan@aidscalgary.org, tél. : 403-508-2500).

Lignes directrices sur l'éducation en matière de santé sexuelle : mise à jour

En septembre 2003, Santé Canada a publié une édition mise à jour des *Lignes directrices nationales sur l'éducation en matière de santé sexuelle*. Ces directives offrent « des principes clairs que tous les groupes, organisations et organismes gouvernementaux locaux, régionaux et nationaux qui s'intéressent à l'éducation et à la santé communautaire peuvent appliquer pour élargir et améliorer les politiques et programmes d'éducation en matière de santé sexuelle [de manière à ce qu'ils] répondent aux besoins diversifiés des Canadiens. »

Le contenu initial avait été élaboré en 1994 et l'on n'avait pas mis à jour ni réimprimé les directives depuis ce temps; or les « commentaires reçus des experts du domaine ainsi que des rencontres de consultation et des sessions de groupe ont clairement souligné le besoin d'effectuer des

révisions et des additions aux *Lignes directrices*. » L'édition de 2003 est issue de consultations et recommandations soumises au cours du processus de révision – rencontres nationales, sondages et groupes-test – auprès d'experts de divers domaines de l'éducation sur la santé sexuelle.

La santé sexuelle est un aspect important de la santé à toutes les étapes de la vie. C'est pourquoi les programmes de promotion de la santé sont axés sur l'amélioration de la santé sexuelle et la réduction des problèmes sexuels parmi divers groupes de notre société.

Les Lignes directrices ne visent pas à offrir des programmes d'études ou des stratégies pédagogiques concrètes. Il s'agit plutôt d'un cadre de référence pour évaluer les programmes et politiques actuels ainsi que les services connexes offerts aux Canadiens, en la matière. Elles visent aussi à guider les professionnels dans l'élaboration de programmes nouveaux et efficaces qui renforcent les comportements favorables à la santé sexuelle. En outre, elles offrent aux éducateurs et aux administrateurs une perspective élargie des buts et des objectifs de l'éducation en matière de santé sexuelle.

Les principes soulignés dans les Lignes directrices comprennent « les notions de la participation communautaire et du choix individuel, qui sont des éléments importants du fondement philosophique de la promotion de la santé ». L'éducation en matière de santé sexuelle est une initiative basée en grande partie à l'échelle des communautés dont elle reçoit l'appui, au sein de laquelle les valeurs personnelles, familiales, religieuses et sociales sont prises en considération.

– Ian Culbert

Pour commander des exemplaires, communiquez avec le Centre canadien d'information sur le VIH/sida (www.aidsida.cpha.ca) ou téléphonez au 1-877-999-7740. Le texte est accessible sur Internet en version html et en fichier pdf téléchargeable (www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/cgshe-ldnemss/emss_index.htm).

Déboires de HIV Edmonton pour trouver un assureur : avertissement aux OLS

Peu après la Semaine nationale de sensibilisation au sida de 2003, HIV Edmonton recevait la nouvelle : son assureur n'allait pas accepter de renouveler sa police d'assurance, ni pour la responsabilité professionnelle, ni pour la propriété, ni pour les événements, après son expiration le 20 janvier 2004.¹ HIV Edmonton n'a jamais fait de réclamation en responsabilité, auprès de l'assureur (seulement quelques réclamations mineures pour vol). Ce n'est qu'à trois jours de l'expiration de son assurance, et après plus de 15 refus d'autres compagnies d'assurances, que HIV Edmonton a finalement obtenu un accord de la Royal and Sun Alliance Insurance Company. Cependant, la prime sera considérablement plus élevée.

« Nous craignons fortement de devoir interrompre notre travail la semaine suivante, explique Sherry McKibben, directrice générale de HIV Edmonton. Nous avons tous été soulagés de ne pas devoir fermer et de pouvoir continuer à servir notre clientèle. »²

Bien que les nombreuses autres compagnies d'assurances n'aient pas présenté de raisons pour leur refus, il pourrait s'agir de l'impression que l'organisme a une clientèle « à risque

élevé » et de sa participation à des tâches comme l'échange de seringues. « Les assureurs considèrent qu'un organisme comme le nôtre constitue un risque, d'après McKibben. Je ne sais pas – parce que nous nous occupons du sida, peut-être? »³

« À présent que nous avons une assurance, notre défi devient certainement financier. Notre nouvelle assurance coûte quatre fois et demie plus cher que la précédente. (Mais celle-ci comprend une couverture élargie sur certains aspects.) »

Vu l'expérience de HIV Edmonton, l'admissibilité aux assurances et les coûts croissants des primes devraient peut-être ajoutées à la liste des obstacles que rencontrent les organismes de lutte contre le sida, dans la poursuite de leur mission.

– Rebecca Scheer

Winnipeg s'allie à Kampala pour combattre le VIH/sida en Uganda

En novembre 2003, le maire Glen Murray, a annoncé que sa ville, Winnipeg, membre de la Fédération canadienne des municipalités, serait partenaire de la ville ougandaise de Kampala pour aider à y combattre les ravages du VIH/sida. M. Murray, qui a déjà travaillé pour un organisme de lutte contre le sida, a affirmé qu'en plus des plans de Winnipeg pour le partage de talent et d'expertise, on inviterait les institutions (p. ex. hôpitaux et églises), les professionnels, ainsi que les organismes privés et civiques (comme les clubs de services) à participer au partenariat.

La première étape concrète du partenariat a été franchie au début de décembre 2003 : une délégation de

Winnipeg, dont le maire adjoint, Gord Steeves, la directrice des services communautaires, Ursula Stelman, et le directeur des ressources humaines et corporatives, Bob Pruden, se sont rendus à Kampala pour rencontrer les responsables de la ville, afin de mieux connaître leurs partenaires, leurs structures et services municipaux, et leurs besoins. Un rapport sur cette mission préliminaire est disponible auprès du bureau du maire Murray.⁴

La Fédération canadienne des municipalités (FCM), qui a participé aux rencontres, s'est vu décerner un prix de reconnaissance par des leaders africains à titre de « meilleur partenaire du développement » en matière municipale et de décentralisation. L'Agence canadienne de développement international (ACDI)

octroie des fonds à la FCM pour lui permettre d'assister des gouvernements municipaux de l'Afrique, dans le développement.

Kampala s'intéressait tout spécialement à Winnipeg, comme ville partenaire, en raison de la présence du laboratoire de virologie qui s'y trouve (le Centre scientifique canadien de santé humaine et animale). Cet établissement de recherche est considéré comme un atout qui pourrait jouer un rôle d'assistance à l'Ouganda, dans la réaction à la crise du sida. Il convient toutefois de noter que le partenariat à long terme qui est initié ne sera pas limité au VIH/sida; il inclura probablement du soutien pour des activités comme l'élaboration de règlements de zonage.

Il existe déjà des liens entre ces deux villes, sur le plan non gou-

vernemental et dans le secteur corporatif. La prochaine étape impliquera une mission aller-retour : des responsables municipaux de Kampala visiteront Winnipeg, probablement en mai ou juin 2004.

Les autres municipalités qui s'intéressent à initier un projet de partenariat devraient consulter le site Internet de la FCM (www.fcm.ca).

— Roger Procyk

¹ Communiqué de HIV Edmonton, HIV Edmonton and the Insurance Industry, 17 décembre 2003.

² Communiqué de HIV Edmonton, Insurance Company Comes Through in the Crunch, 16 janvier 2004.

³ A. Ogle, « Insurance woes threaten existence of HIV Edmonton », *Edmonton Journal*, 18 décembre 2003.

⁴ U. Stelman, Report: Inception Mission to Uganda, December 1 to 16, 2003 (www.city.winnipeg.mb.ca/interhom/mayors_office/mayors_office.stm).

NOUVELLES INTERNATIONALES

Nous signalons des développements, de la Chine aux Caraïbes, et de la Hongrie à la Zambie. La lutte contre la discrimination à l'égard des personnes qui vivent avec le VIH/sida, ou qui sont affectées autrement par l'épidémie, est un thème prédominant – un tribunal du Kenya maintient le droit à l'éducation pour les enfants vivant avec le VIH, alors qu'un jeune Hongrois séropositif est exclu d'une école secondaire, apparemment sans recours effectif. L'éducation juridique et la défense des droits, en matière de VIH/sida, portent fruit – dans la Caraïbe, un projet régional soutient la réforme du droit dans sept pays; et les groupes du Kenya et de la Zambie qui travaillent sur le droit et le sida appuient la réforme au moyen de formation et d'interventions en plaidoyer.

Les contributeurs aux Nouvelles internationales pour ce numéro sont Otiende Amollo, Marie-Claude Chartier, Eszter Csernus, Malala Sakufiwa et Wan Yanhai. *Nous nous intéressons à toute information sur d'autres développements, pour les numéros ultérieurs de la Revue. Adressez vos correspondances à David Patterson, rédacteur en chef de cette rubrique (david.patterson@videotron.ca).*

Caraïbe – Soutien régional pour la réforme du droit et des politiques touchant le VIH/sida

Dans cet article, David Patterson décrit le deuxième atelier régional de formation sur le VIH/sida, le droit, l'éthique et les droits humains, qui s'est tenu à Georgetown, en Guyane, le 11 novembre 2003; ainsi qu'une bourse que le Fonds mondial de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme (le Fonds mondial) a octroyée au Pan Caribbean Partnership against HIV/AIDS (PANCAP), avec un point de mire sur les droits humains, la prévention, les soins et le soutien.

Programme CARICOM¹/PANCAP sur le droit, l'éthique et les droits humains

En août 2003, nous faisons état dans la *Revue* du premier atelier régional de la Caraïbe pour la formation sur la

réforme du droit et des politiques en matière de VIH/sida.² Cet atelier faisait partie d'un programme plus vaste de la CARICOM et du PANCAP pour l'accroissement des compétences en matière de droit, d'éthique et de droits de la personne, financé par l'Agence canadienne de développement international (ACDI) et la United States Agency for International Development. Des volets de ce programme incluent du soutien financier et de l'assistance technique pour des études des besoins nationaux en matière de réforme du droit et des politiques; des consultations nationales sur ces réformes; l'analyse d'aspects particuliers de la réforme du droit; l'élaboration de modèles pour des politiques régionales ainsi que des lignes directrices et des codes de déontologie; et la formation destinée à des fournisseurs d'aide juridique et aux organismes de personnes vivant avec le VIH/sida.

En novembre 2003, des représentants de sept États membres de la CARICOM (Antigua et Barbuda, Barbade, Dominica, Grenada, Guyane, Sainte-Lucie, et Saint-Vincent et les Grenadines) ont participé au deuxième atelier régional de formation pour les évaluations nationales en matière de VIH/sida, de droit, d'éthique et de droits de la personne, à Georgetown. Les participants étaient notamment des personnes qui travaillent pour des secrétariats et programmes nationaux sur le sida; des ONG impliqués dans la lutte contre le VIH/sida; des professionnels de diverses disciplines comme le droit, la médecine et la thérapie psychosociale; ainsi que des personnes vivant avec le VIH/sida.

Des personnes ressources du Caribbean Regional Network of

People Living with HIV/AIDS (Bermude), de l'University of the West Indies, de la Norman Manley Law School (Jamaïque), et de Friends for Life (Trinidad et Tobago) y ont aussi pris part, de même que des représentants de la CARICOM (notamment des ambassadeurs jeunesse), de l'ACDI et du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). Avant l'atelier, quelques équipes de pays avaient identifié un consultant pour procéder à l'évaluation nationale, et dans certains cas cette personne a accompagné l'équipe du pays à l'atelier. La Jamaïque, le Belize et le Suriname ont déjà complété leurs évaluations nationales et sont à chercher l'appui communautaire et politique à l'égard des réformes proposées. Trinidad et Tobago entreprend aussi une évaluation nationale à propos de la réforme du droit et des politiques, avec le soutien financier du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD).

L'idée d'une évaluation nationale sur la nécessité de réforme du droit et des politiques en matière de VIH/sida est venue de participants à la rencontre régionale de Tobago, en juin 2002, et est établie dans le Plan d'action sur le droit, l'éthique et les droits humains, qui en est issu. Ce Plan d'action propose que « les évaluations devraient être circonscrites dans le temps, examiner le contexte social et institutionnel plus vaste, mettre l'accent sur les domaines de réformes prioritaires, et formuler des recommandations de réformes concrètes qui soient conformes au droit international ».³ Les résultats de l'atelier de novembre 2003 incluent des ébauches de plans nationaux pour l'évaluation, dans les pays participants (plans assortis d'échéanciers, d'activités, de

listes des principaux dépositaires d'enjeux, ainsi qu'un cadre de surveillance et d'évaluation) qui seront intégrées aux demandes de financement soumises par le PANCAP en vue d'obtenir de l'assistance pour procéder aux évaluations. La complétion des évaluations nationales est prévue pour le milieu de l'année 2004; on s'attend à ce qu'un processus ultérieur de pourparlers nationaux et régionaux vise à mobiliser l'appui communautaire et gouvernemental à l'égard des réformes proposées dans les évaluations.

Une assistance technique en matière de droit, d'éthique et de droits humains est fournie au PANCAP par le Réseau juridique canadien VIH/sida, dans le cadre d'un protocole d'entente avec la CARICOM. Le Réseau juridique a proposé un cadre conceptuel pour le Plan d'action, les ateliers et autres activités qui situent le programme dans le contexte mondial et régional du droit et des politiques – notamment les Directives internationales sur le VIH/sida et les droits de la personne, la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies lors d'une session extraordinaire (UNGASS), la Déclaration de Nassau sur la santé et le Partenariat pan-caribbe.

Au cœur des approches adoptées dans ces initiatives résident le respect des droits humains des personnes vivant avec le VIH/sida, ou affectées autrement, ainsi que leur implication dans tous les aspects des réactions. Le rôle du Réseau juridique consiste à faciliter le processus et à fournir des conseils de substance liés au droit international, aux meilleures pratiques et à l'expérience d'autres régions. Le Réseau fournit aussi de

l'aide au développement de projet ainsi qu'au suivi et à l'évaluation. Des consultants de la région caraïbe, notamment de la Guyana Human Rights Association (GHRA), ont été embauchés afin de veiller à ce que le Plan d'action et le contenu et le déroulement des ateliers ultérieurs reflètent les perspectives régionales.⁴ Le Programme CARICOM/PANCAP sur le VIH/sida, le droit, l'éthique et les droits humains sera complété en mars 2006.

Bourse du Fonds mondial

En 2003, le Fonds mondial a accordé au PANCAP une bourse de cinq ans, au montant de 12,6 millions \$, pour établir, consolider et coordonner l'appui régional aux pays caraïbes afin de réduire l'impact du VIH/sida. Le projet, « Intensifier la réaction régionale au VIH/sida par le biais du Pan Caribbean Partnership against HIV/AIDS », comporte trois volets : les droits humains, la prévention ainsi que les soins et le soutien.⁵ La composante des droits humains misera sur les aspects pertinents du Programme CARICOM/PANCAP sur le VIH/sida, le droit, l'éthique et les droits humains, incluant une dissémination élargie des politiques et meilleures pratiques établies par ce programme à l'intention des États membres du PANCAP, des personnes vivant avec le VIH/sida et des décideurs dans les pays.

Un élément fondamental du volet sur les droits humains, dans ce projet subventionné par le Fonds mondial, a comme point de mire le stigmaté et

la discrimination. Il vise à réduire ces phénomènes, qui affectent les personnes vivant avec le VIH/sida et leurs proches, par la création de mécanismes pour la surveillance des violations des droits humains, afin favoriser les recours par les personnes touchées par de telles violations, et de donner accès à des services pour voir à des préoccupations individuelles ou relatives à certains pays. La description du projet signale que « les pays seront encouragés à établir des registres nationaux [des violations], alors que le Partenariat pan-caraïbe établira un registre régional pour avoir des données sur les violations rapportées et sur la manière dont on y voit au palier national. »⁶

La gamme des violations possibles de droits humains en rapport avec le VIH/sida est sans contredit très large, s'étendant sur tout le continuum prévention-soins et impliquant des intervenants gouvernementaux et du secteur privé. Il est peu probable que cela se limite aux personnes vivant avec le VIH/sida, autrement affectées par l'épidémie, et à leurs familles : il sera presque certainement nécessaire d'inclure les divers groupes aux prises avec la discrimination liée au VIH/sida, dans la Caraïbe, comme les détenus, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, ainsi que les travailleurs sexuels.

C'est possiblement la première initiative pour laquelle une instance régionale reçoit des fonds pour documenter des violations des droits humains liées au VIH/sida. Il existe

des occasions prometteuses pour relier cette initiative à d'autres mécanismes régionaux et internationaux qui existent déjà et qui portent sur les droits humains. Une autre composante du projet concerne la réduction de la stigmatisation et de la discrimination, par l'éducation, l'accroissement des capacités et la sensibilisation. Les institutions régionales comme l'éventuelle Cour de justice de la Caraïbe, et le Caribbean Council of Legal Education seront amenés à intégrer les questions de droits humains liées au VIH/sida, dans leurs programmes respectifs. Pour plus d'information, communiquez avec Alicia Sands, agente d'information à la PANCAP (asands@caricom.org).

¹ CARICOM est l'acronyme du Caribbean Community and Common Market, un organisme intergouvernemental établi à Georgetown, Guyane.

² « Caraïbe – Premier atelier de formation sur les lois et politiques liées au VIH/sida », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2003, 8(2) : 36-37. Voir aussi « Caraïbe – Des pays réagissent à des questions juridiques, éthiques et de droits de la personne », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 7(1) : 50-51. Le rapport de cet atelier et d'autres, ainsi que le Plan d'action sur le droit, l'éthique et les droits humains, et d'autres documents sont accessibles sur le site Internet du CARICOM (www.caricom.org).

³ *Action Plan on Law, Ethics and Human Rights*, CARICOM/PANCAP, 2002 (accessible via www.caricom.org).

⁴ La GHRA est un organisme de défense des droits humains dont le mandat comprend le VIH/sida; il s'occupe à la fois d'éducation sur les droits humains ainsi que de violation de ces droits en rapport avec le VIH/sida. Pour en savoir davantage, communiquer avec Merle Mendonca (ghra_guy@networksgy.com).

⁵ D'autres renseignements, y compris la demande, sont accessibles via le site Internet du Fonds mondial (www.theglobalfund.org).

⁶ *Ibid.*, p. 52.

Chine – Des personnes séropositives se plaignent de la conduite d'une recherche médicale

En janvier 2004, quatre personnes qui vivent avec le VIH/sida, dans le village de Shuangmiao, (province du Hénan), ont exprimé publiquement des plaintes à propos de la manière dont on procède à une expérience médicale, en soulevant des questions à savoir si les personnes sur lesquelles s'effectue la recherche ont donné leur consentement éclairé à participer à l'expérience. Les plaintes et questions ont été formulées dans une lettre adressée au Comité d'examen éthique du Centre pour la prévention et le contrôle des MTS et du sida, au Centre chinois pour la prévention et le contrôle des maladies.¹

Shuangmiao compte un peu plus de 3 000 habitants, dont plusieurs avaient participé au commerce illégal et insalubre de vente de sang, dans les années 1990. D'après la plainte déposée, quelque 170 personnes y seraient décédées de maladies associées au sida et quelque 400 autres vivraient actuellement avec le VIH/sida. Les plaignants, dans leur lettre, affirment qu'en février 2003, des médecins et infirmiers du Beijing Ditan Hospital ont visité ce village et ont prélevé des échantillons de sang d'une centaine de personnes sans les avoir informées du but de cette action. Peu de temps après, 17 personnes ont été convoquées à cet hôpital pour un « traitement ». La lettre de la plainte précise : « À ce moment, nous ne savions aucunement pourquoi l'hôpital nous avait choisis, plutôt que d'autres personnes, et nous n'avions aucune indication sur la nature du traitement que l'on nous donnerait. »

Les plaignants affirment que l'hôpital a procédé à d'autres tests sanguins et examens médicaux dont les résultats n'ont pas été donnés aux

patients. D'après la plainte, on leur a demandé en mars 2003 de signer un formulaire de consentement éclairé qui renfermait des mots en anglais (langue qu'aucun d'entre eux ne connaît) et on leur aurait dit que le traitement qu'ils recevraient leur permettrait d'avoir une vie saine pour de nombreuses années. Les plaignants déclarent aussi n'avoir pas reçu copie du formulaire, à l'époque.

Les patients ont reçu leur congé de l'hôpital en mai 2003, mais devaient retourner à Beijing pour des analyses sanguines régulières et des traitements, jusqu'en novembre 2003. Les plaignants affirment que pendant toute cette période, on ne leur a pas donné les résultats de leurs examens, et qu'ils ne comprenaient pas le fondement des tests et des traitements. On les compensait pour leurs dépenses, y compris pour les coûts de transport entre le village et Beijing, ainsi que pour le temps passé à l'hôpital.

En janvier 2004, l'hôpital a fourni des copies des formulaires de consentement éclairé (sur paiement de frais

de photocopie). Les formulaires contenaient l'information suivante :

- But de l'expérience : évaluation de l'innocuité et de l'efficacité de l'injection d'une protéine de nucléole du thymus, pour le traitement de sujets infectés au VIH-1.
- Commanditaires et chercheur principal : New York International Commerce Group (USA), Viral Genetics, Inc. (New York, USA), China Center for Disease Prevention and Control Center for STD/AIDS Prevention and Control, Beijing Ditan Hospital.
- Site de la recherche : Beijing Ditan Hospital.

La plainte signale que ce sont là les seuls renseignements fournis aux patients à propos de la nature du traitement qu'ils allaient recevoir. Les plaignants demandent au Comité d'examen éthique et aux instances auxquelles il est associé de faire enquête sur ces inquiétudes et d'aider les plaignants dans leur demande de compensation financière. Les plaignants sont assistés par l'Institut pékinois AIZHIXING d'éducation sur la santé. Pour information, communiquer avec Wan Yanhai (hiwan@public.bta.net.cn ou iwan@aizhi.org).

¹ La lettre a été mise en circulation par le Dr Wan Yanhai et transmise via le serveur électronique de liste AIDSPOLICYLAW le 16 janvier 2004 (ce listserv est géré par le Réseau juridique canadien VIH/sida et l'on peut s'y inscrire via cette page Internet : www.aidslaw.ca/francais/liste/description.htm).

Fédération de Russie – Peines réduites pour la possession de drogue illégale

En novembre 2003, après moult délibérations, le Parlement russe a adopté une loi amendant le Code criminel national pour établir une différence entre la possession de drogues illégales par un « utilisateur » et la possession par un « trafiquant ».¹ Les réformes consistaient à redéfinir les termes « grande » et « très grande » quantité de drogue, pour la possession et le trafic de substances illégales.² (Il n'y a pas de responsabilité criminelle pour la possession d'une quantité moins que « grande ». Le 16 décembre 2003, la loi a été adoptée.

En vertu de l'ancienne loi, bien que la *consommation* de drogue illégale était considérée comme un délit mineur³ qui n'entraînait pas des poursuites au criminel, des utilisateurs de drogue étaient souvent accusés de possession de substance illégale, un crime passible d'une peine d'emprisonnement pouvant atteindre trois ans. Si l'intention du prévenu était de vendre la drogue, la sentence pouvait aller jusqu'à sept ans d'emprisonnement.⁴ Les dispositions du Code criminel sur la possession de drogue ne prévoyaient que les cas d'une « grande » ou d'une « très grande » quantité de drogue possédée par le prévenu. Ces termes avaient été définis par le Comité d'État sur le contrôle des narcotiques, et les quantités établies étaient infimes – par exemple, une grande quantité d'héroïne était 0,001 gramme et une grande quantité de marijuana était 0,5 gramme. Or il est rapporté qu'environ 90% des personnes accusées de possession illégale d'héroïne en ont moins d'un gramme en leur possession.⁵ Néanmoins, la loi prévoyait de longues peines d'emprisonnement.⁶ Les personnes arrêtées en possession de « très grandes » quantités

reçoivent généralement une peine plus sévère.

Les amendements législatifs adoptés ont introduit une nouvelle mesure : « dose moyenne pour une seule consommation ». Une quantité de drogue illégale qui dépasse cette quantité de 10 fois (ou plus) est dorénavant considérée grande; et une quantité très grande est maintenant définie comme 50 fois la dose moyenne pour une seule consommation. La possession de quantités de drogue qui sont moins de dix fois la dose moyenne pour une seule consommation n'emportent plus de responsabilité criminelle. Les activités illégales de production, de fourniture ou de vente de drogue, dorénavant passibles d'un emprisonnement de 4 à 8 ans, sont visées dans le Code criminel par un article distinct de ce qui a trait à la possession et à l'acquisition; ces deux dernières infractions emportent à présent une amende ou un emprisonnement maximal de trois ans.⁸

Le gouvernement russe a été critiqué pour ses politiques répressives, en matière de drogue, qui sont considérées comme un catalyseur de la propagation et de l'impact de l'infec-

tion à VIH.⁹ Les utilisateurs de drogue, dans la Fédération de Russie, sont extrêmement marginalisés; les risques de poursuites pénales, la stigmatisation et la discrimination en conduisent plusieurs à ne pas avoir recours aux services sociaux.¹⁰ Récemment, des politiques plus rationnelles et plus humaines, à l'égard des utilisateurs de drogue, semblent avoir commencé à se former. Pour plus d'information, communiquez avec Anna Alexandrova (AnnaAlexandrova@aol.com).

¹ Voir *Rossijskaya Gazeta*, « Federal Law "On Amending the Criminal Code of the Russian Federation N 162-FZ" », (adoptée le 8 décembre 2003). Accessible en russe : *Rossijskaya Gazeta* (www.rg.ru/2003/12/16/kodeks.html).

² Code criminel de la Fédération de Russie (1996), article 226, paragr. 1, 2.

³ Code des infractions administratives de la Fédération de Russie (2002), article 6.5.

⁴ Code criminel, *supra*, note 2, article 226, paragr. 1, 2.

⁵ Comité d'État sur le contrôle des narcotiques, Tableau des quantités (au 1^{er} mai 1998) (adopté par les Protocoles N 53/9-9, 17 décembre 1996; N 54/10-96, 25 décembre 1996; N 2/56-97, 30 avril 1997; N 3/57-97 4 juin 1997; N 1/63-98 18 mars 1998).

⁶ L. Levinson, « The State Duma approved amendments to the Criminal Code », *Harm Reduction Bulletin AFEW*, 3(11) (www.afew.org).

⁷ *Supra*, note 1.

⁸ *Ibid.*, article 1 (228.1).

⁹ Voir, p. ex., K. Malinowska-Sempruch, J. Hoover, A. Alexandrova, *Unintended Consequences: Drug Policies Fuel HIV Epidemic in Russia and Ukraine*, New York, OSI, 2003 (www.soros.org/initiatives/ihrd/articles_publications/publications/unintendedconsequences_20030414).

¹⁰ K. Malinowska-Sempruch, « Nécessité des approches de réduction des méfaits en Europe de l'Est et dans l'ex-URSS », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 7 (2/3) : 91-95; « Discrimination et violations des droits de la personne en Russie », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1999, 5(1) : 29-34.

Kenya – Accès à l'école pour les orphelins et enfants séropositifs, grâce à la sensibilisation au droit dans le contexte du sida

Dans une victoire marquante, pour les enfants qui vivent avec le VIH/sida, la Haute cour du Kenya a approuvé en janvier 2004 une entente intervenue entre le gouvernement et le Nyumbani Children's Home, à l'effet que le ministère de l'Éducation admettra dans les écoles gouvernementales les enfants séropositifs au VIH. Avant cette entente, la pratique du gouvernement était de refuser l'admission aux enfants du Nyumbani Children's Home, le plus ancien et le plus grand établissement du Kenya pour orphelins du sida, en prétextant par exemple qu'il n'y avait plus de places à l'école ou que le demandeur n'avait pas fourni de certificat de naissance – alors que les écoles du Kenya sont remplies au delà de leur capacité et que bien des nouveau-nés n'ont pas de certificat de naissance.

Le 3 septembre 2003, les Chambers of Justice, une fondation pour les droits humains établie à Nairobi, a écrit au ministre de l'Éducation en lui demandant une directive à l'intention de tous les dirigeants d'écoles et responsables de l'éducation, pour affirmer le droit à l'éducation élémentaire gratuite, et pour promulguer des procédures d'admission dans les écoles publiques sans discrimination au motif de la séropositivité au VIH ou pour d'autres raisons.¹ En défendant le cas des enfants de l'orphelinat, les Chambers of Justice ont cité la Constitution du Kenya (qui interdit les pratiques discriminatoires), la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant, la Convention des droits de l'enfant de l'ONU ainsi que la Déclaration universelle des droits de l'homme.

Devant l'absence d'une réponse à la lettre en temps opportun, une déposition a été faite en décembre 2003 par les enfants de cet orphelinat, contre le gouvernement, pour demander une procédure d'audience accélérée. Le 7 janvier 2004, la juge Martha Koome a entendu l'affaire, permettant à plus de 30 enfants d'entrer à la cour, et elle a ordonné aux parties de trouver une solution à l'amiable. Le 9 janvier, la cour a approuvé une entente en vertu de laquelle le directeur de l'Éducation de la ville devait amorcer immédiatement le processus de placement des enfants d'âge scolaire de l'orphelinat dans des écoles publiques de Nairobi, et entreprendre certaines autres mesures.

Cette issue est remarquable pour plusieurs raisons, notamment la

référence explicite au droit international, la mobilisation et l'inclusion des enfants affectés dans le processus judiciaire, l'audience accélérée, ainsi que l'entente à l'amiable entre les parties (qui est de bon augure pour l'application de l'entente).

L'affaire s'est déroulée dans le contexte d'une augmentation de l'éducation communautaire sur le VIH/sida, le droit et les droits humains, au Kenya. Le Kenya Ethical and Legal Issues Network on HIV/AIDS (KELIN) a organisé des ateliers de sensibilisation, auxquels ont participé des représentants de l'orphelinat. L'avocat en chef des Chambers of Justice, qui a représenté les enfants dans cette affaire, est affilié au KELIN.

En 2002-2003, le KELIN a reçu de l'assistance technique et financière du Réseau juridique canadien VIH/sida, soutenue par une bourse de l'Agence canadienne de développement international. Le projet a été réalisé au Kenya par le Kenyan AIDS NGOs Consortium.

Pour de plus amples renseignements, communiquez avec Otiende Amollo à otiende@rachieradvs.co.ke.

¹ Pour information sur le Nyumbani Children's Home, visitez www.nyumbani.org/index.html. Le texte de la lettre au ministre de l'Éducation est accessible à www.nyumbani.org/nyumbani_images/child_act.pdf.

Kenya – La réforme du droit du travail aborde le VIH/sida

En avril 2004, culminera un processus coordonné de réforme du droit du travail, au Kenya, qui conduira à des lois sur le travail qui auront été révisées et mises à jour, notamment par des dispositions qui toucheront le VIH/sida. Les nouvelles lois favoriseront le rehaussement du dialogue social, dans un cadre juridique conforme aux normes de l'Organisation mondiale du travail (OMT) qu'a ratifiées le Kenya.¹ Le processus est soutenu par l'OMT, avec des fonds du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) et du US Department of Labor.

Un groupe de travail tripartite (gouvernement, employeurs et travailleurs) a été constitué en mai 2001 et a entrepris d'établir un plan de travail détaillé, assorti d'activités et d'objectifs échelonnés jusqu'en avril 2004, date prévue pour le dépôt de son rapport final au ministre du Travail et du Développement des ressources humaines, accompagné d'une ébauche de législation. Plusieurs consultations nationales ont été organisées dans le cadre du projet. Dans la première ronde d'appels (par la voie des médias) aux commentaires du public, quelque 40 institutions, ONG et individus ont fait part de leurs opinions quant au contenu de nouvelles lois sur le travail.

Pendant toute la durée du processus de révision, on a observé un intérêt constant pour l'inclusion de

dispositions qui aborderaient le VIH/sida en milieu de travail. Le Groupe de travail était conscient de la nécessité de prendre en considération la Politique nationale du Kenya sur les sexes, et de satisfaire les besoins des employés et employeurs affectés par l'épidémie du sida. Par exemple l'ébauche de la nouvelle Loi sur l'emploi interdit la discrimination, le harcèlement et le congédiement motivés par la séropositivité au VIH. Ces articles, lorsqu'ils auront été adoptés, renforceront la protection que procure le *HIV/AIDS Prevention and Control Bill* de 2003.² Cette loi adoptée en septembre 2003 prescrit des mesures d'éducation sur le VIH/sida (avec une insistance particulière sur les écoles, le milieu du travail, les services de santé et les communautés), la confi-

dentialité de la séropositivité et des dossiers des patients, ainsi que l'accès aux soins de santé; la loi interdit par ailleurs les actes et pratiques qui sont discriminatoires à l'égard des personnes qui vivent avec le VIH/sida; et elle interdit le test obligatoire du VIH en tant que condition préalable à l'embauche, au mariage, à l'éducation, à l'entrée au pays (et à la sortie du pays), à l'obtention de soins de santé, d'assurance ou autre service.

Pour plus d'information, communiquez avec Marie-Claude Chartier (chartier@ilo.org) ou Jane Hodges (hodges@ilo.org) de l'Organisation mondiale du travail.

¹ Le Kenya a ratifié 49 conventions de l'ILO. Une liste complète des pays et des conventions qu'ils ont ratifiées est accessible à www.ilo.org/ilolex/french/newratframeF.htm. En dépit de l'absence d'une convention de l'ILO spécifique au VIH/sida, bon nombre des conventions sont pertinentes au sujet parce qu'elles abordent la protection contre la discrimination, les questions de santé et de sécurité au travail, ainsi que la protection sociale; de plus, elles couvrent des groupes spécifiques de travailleurs (p. ex. le personnel infirmier, les travailleurs migrants, les travailleurs à temps partiel, etc.).

² 23 septembre 2003, *Kenya Gazette Supplement* No. 76 (Bills No. 22)

La Réunion régionale africaine de l'OIT appuie les efforts d'employeurs et de groupes de travailleurs contre le VIH/sida

En décembre 2003, la Dixième Réunion régionale africaine de l'Organisation internationale du travail (OIT), à Addis Ababa (Éthiopie), a conduit à l'adoption d'une résolution exhortant les gouvernements africains à soutenir les efforts des employeurs et des travailleurs, contre le VIH/sida – en offrant un cadre légal et de politiques qui soit propice à l'action en milieu de travail, en adoptant des mesures pour endiguer la stigmatisation et la discrimination et en renforçant les plans nationaux de lutte au sida par l'inclusion d'une stratégie pour le monde du travail.¹ La résolution exhorte également les employeurs et les regroupements de travailleurs à intensifier leurs efforts conjoints pour réduire la propagation et l'impact du VIH/sida. En outre, elle engage l'OIT à accorder une plus grande priorité à ses efforts contre la pandémie en Afrique.

La résolution d'Addis Ababa fait suite au *UN Global Compact Policy Dialogue on HIV/AIDS*, organisé en mai 2003 par l'OIT. Lors de cet événement, les secrétaires généraux de l'Organisation internationale des employeurs (OIE) et de la Confédération internationale des syndicats libres (CISL) ont fait une déclaration commune et historique engageant leurs organismes et leurs membres respectifs à une action collaborative

contre le VIH/sida, à tous les niveaux, et en particulier en milieu de travail.² L'OIE représente 137 regroupements nationaux d'employeurs dans 133 pays; la CISL compte 231 centrales syndicales nationales affiliées dans 150 pays, représentant quelque 158 millions de membres.

Afin de donner chair à leur déclaration commune et à la résolution sur le VIH/sida, l'OIE et la CISL

lanceront des plans d'actions nationaux sur le VIH/sida en milieu de travail, dans huit pays : Côte d'Ivoire, Ghana, Kenya, Malawi, Mali, Ouganda, Tanzanie et Zambie. Le processus s'amorcera en Afrique et l'expérience acquise sur ce continent sera d'une importance cruciale à aider au développement d'interventions dans d'autres régions où l'épidémie fait de grands pas – par exemple en Europe de l'Est, en Inde, dans la Caraïbe et en Chine. Pour en savoir plus, communiquez avec Susan Leather (leather@ilo.org) ou Marie-Claude Chartier à l'OIT (chartier@ilo.org).

¹ *Fighting HIV/AIDS Together – A Programme for Future Engagement*, accessible via www.ilo.org/aids. Le site Internet de l'OIT renferme également une collection de lois et politiques nationales qui abordent, en tout ou en partie, le VIH/sida et le monde du travail.

² Accessible à www.ioe-emp.org/ioe-emp_french/a_propos_OIE/index.htm. Information connexe à www.icftu.org/focus.asp?Issue=AIDS&Language=FR.

Afrique – Atelier régional sur le VIH/sida et le droit à la santé

En octobre 2003, l'AIDS and Rights Alliance of Southern Africa (ARASA) et le Zambia AIDS Law Research and Advocacy Network (ZARAN) ont tenu un atelier régional sur le VIH/sida et le droit à la santé : défis et possibilités, à Kafue Gorge (Zambie).

Les participants étaient de la Zambie, du Zimbabwe et du Malawi. Des personnes ressources sont venues de la Zambie, de l'AIDS Law Project de

l'Afrique du Sud ainsi que de l'AIDS Legal Unit de la Namibie. L'atelier a servi à se pencher sur la mise en œuvre du droit à la santé dans le contexte du VIH/sida, ainsi que des obstacles au plein exercice de ce droit. En particulier, l'atelier a permis d'introduire les participants aux normes et directives internationales et régionales pertinentes, ainsi qu'aux notions du droit de la propriété intellectuelle qui touchent l'accès aux médicaments essentiels.

Les participants ont aussi discuté du rôle du droit et des politiques, pour le respect du droit à la santé; de manières de stimuler une action régionale pour favoriser l'exercice de ce droit; de l'accès aux médicaments; des mesures anti-discriminatoires; et de la création d'alliances stratégiques pour améliorer la reddition de comptes par les gouvernements ainsi que les programmes de santé. Deux défis communs ont été identifiés : premièrement, l'absence d'une

approche holistique du traitement (p. ex. en intégrant le facteur d'une bonne nutrition) – dans la plupart des cas, l'approche est étroite et elle se concentre uniquement sur l'accès à des médicaments; et deuxièmement, l'absence de protections constitutionnelles adéquates du droit à la santé, dans les trois pays.

Les participants ont proposé des actions, y compris la popularisation du concept de droit à la santé – par exemple, par un protocole pour le traité qui a établi la Southern African Development Community –, et un plaidoyer pour la réforme du droit afin de faire progresser le droit à la santé. En reconnaissant que les approches régionales peuvent être utiles aux réformes nationales, les participants ont formulé des recommandations à l'intention de l'ARASA, notamment l'étude des cadres de réglementation dans la région pour l'évaluation de la portée des éventuelles garanties qui y sont

présentes ou non, quant au droit à la santé; et une campagne pour populariser le droit à la santé sur une base régionale – en particulier en créant une Journée régionale d'action pour le droit à la santé.

En 2002-2003, le ZARAN a reçu de l'assistance financière de l'Agence canadienne de développement international, pour un projet conjoint avec le Réseau juridique canadien VIH/sida et l'International HIV/AIDS Alliance.¹ L'ARASA est une alliance d'organismes du Sud de l'Afrique qui travaillent à la lutte contre le VIH/sida et pour les droits humains.² Pour de plus amples renseignements : Malala Sakufiwa au ZARAN (malalam2000@yahoo.com) ou Collette Campher à l'ARASA (arasa@lac.org.na).

¹ Des renseignements plus détaillés sont accessibles sur le site Internet du ZARAN (www.zaran.org).

² Voir « Création de l'AIDS and Rights Alliance for Southern Africa », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2003, 8(1) : 37.

Hongrie – La discrimination injustifiée confirme le besoin de sensibilisation

Quand les parents du jeune G. ont appris que leur fils avait réussi son examen d'entrée au lycée technique qu'il convoitait, ils ont demandé à voir le directeur. Aucune loi ou règlement ne les y obligeait, mais ils ont préféré informer l'établissement que leur fils était séropositif. Leur choix était motivé par leur volonté d'éviter d'éventuelles spéculations, et ils

considéraient par ailleurs préférable de mettre au courant ceux qui auraient, jour après jour, la charge de leur enfant. Malheureusement, la réaction du directeur a été un refus total.

Le commissaire des droits éducationnels, qui ne possède qu'un pouvoir consultatif, en Hongrie, a bien tenté de réconcilier les parties, mais sans succès : le rapport dans lequel il déclara

que le refus d'inscription est contraire à la loi sur l'éducation publique et à la constitution est resté sans effet. La famille pouvait encore entamer une procédure administrative ou tenter un recours en justice. Les plaignants auraient pu demander à la cour la cessation de violation de leurs droits et réclamer des dommages et intérêts, mais, considérant que la publicité que

recevait l'affaire les priverait de la seule réelle protection qu'ils avaient, leur anonymat, ils ont préféré laisser de côté la voie judiciaire.

Ils ont par contre demandé au gérant du lycée, le conseil municipal de Budapest, d'examiner l'affaire et d'imposer une sanction au directeur. Après un début favorable aux plaignants, la commission concernée a conclu qu'il y avait des incertitudes juridiques en la matière et que le directeur manquait d'informations adéquates au moment où il avait eu à trancher cette question délicate. La commission a affirmé que, vu les incertitudes, on ne pouvait pas reprocher au directeur d'avoir choisi de protéger les intérêts et la santé de ses autres élèves.

La commission a déclaré par ailleurs qu'il incombait au maire de Budapest de s'assurer que les établissements gérés par la ville disposent des informations nécessaires, et elle l'a chargé de fournir aux écoles et lycées un guide adéquat. Ce guide est actuellement sous élaboration, et les remarques du commissaire des droits éducationnels, ainsi que l'avis juridique de la Hungarian Civil Liberties Union (HCLU), qui a soutenu les plaignants depuis le début, seront pris en compte lors de sa rédaction.

Par ses initiatives, articles et interviews, la HCLU s'efforce de faire comprendre au grand public et aux responsables locaux et gouvernementaux que des campagnes d'informa-

tion régulières sont nécessaires afin de rendre effectifs les moyens juridiques qui existent (mais qui demeureront inutiles si ceux qui sont supposés les appliquer ne sont pas convaincus de leur légitimité). En attendant, le jeune G. suit des cours du soir dans un autre établissement et il souhaite oublier au plus vite toute cette histoire.

Pour de plus amples renseignements sur le VIH/sida et les droits de la personne en Hongrie (en anglais et en hongrois), visitez le site Internet www.tasz.hu ou communiquez avec Eszter Csernus, à la Hungarian Civil Liberties Union (csernuse@tasz.hu). Voir aussi HIV/AIDS and Human Rights in Hungary. Budapest, 2004 (disponible auprès de la HCLU).

Europe de l'Est et Asie centrale – Un rapport identifie des lacunes touchant les droits humains

La criminalisation et la stigmatisation de comportements à risque élevé de transmission du VIH catalysent l'épidémie du VIH/sida, dans l'Europe de l'Est et l'Asie centrale, ce qui rend des millions de personnes vulnérables. Voilà un des constats signalés dans un rapport du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) publié en février 2004.¹ Ce rapport, le premier aperçu complet de l'épidémie dans les 28 pays de cette région du monde, inclut une importante perspective sur l'aspect des droits humains.

Selon le rapport, 20% des pays de la région n'ont pas adopté de loi anti-discrimination ou pour la protection de groupes vulnérables. On y ajoute que, même dans les pays où de telles

lois ont été adoptées, « l'écart entre la théorie et les pratiques ne diminue pas assez rapidement pour protéger pleinement les droits humains des membres des groupes marginalisés les

plus vulnérables ». [trad.]² D'après le rapport :

Les lois qui visent à protéger les droits et la santé des personnes vivant avec le VIH/sida (ou les plus vulnérables à le

contracter) ne sont souvent pas mises en application. Dans certains cas, cela vient du fait que le pays n'a pas les moyens financiers pour respecter ses propres lois relatives à la fourniture de services et soins de santé efficaces au personnes vivant avec le VIH/sida. Dans d'autres cas, cependant, la mise en œuvre de lois et politiques efficaces, en matière de VIH, est entravée par des attitudes répandues de désintérêt, d'intolérance et de discrimination. [trad.]³

Il y est affirmé notamment que les droits humains des travailleurs sexuels, des détenus et d'autres groupes marginalisés sont régulièrement bafoués, dans plusieurs pays.⁴ On souligne également que plusieurs pays de la région ont réagi à l'usage de drogue en se dotant de mesures punitives et que cette approche a

beaucoup augmenté le nombre d'utilisateurs de drogue par injection qui sont envoyés en prison – où l'usage de drogue et le partage de seringues sont chose courante, et où l'on ne fournit généralement pas de condoms, ni de traitements et autres services pour utilisateurs de drogue. [trad.]⁵

Le rapport signale également que le droit individuel de protéger sa santé est gravement compromis par les lois

qui limitent ou qui interdisent la fourniture de services de réduction des méfaits.

On y lit :

le respect des droits humains et la réaction aux préoccupations des personnes vivant avec le VIH/sida et d'autres personnes de communautés marginalisées, et hautement vulnérables, doivent faire partie intégrante de toute réponse efficace à l'épidémie⁶

et que la planification et la mise en œuvre de programmes pour la lutte contre l'épidémie doivent faire intervenir l'implication d'individus vulnérables ainsi que d'organismes de la société civile.

En conclusion :

la réalisation des garanties découlant des droits humains nécessite que l'on rééquilibre les priorités sociales, en s'écartant de l'intolérance et des approches d'application de la loi qui conduisent à exclure du registre social les utilisateurs de drogue par injection, les travailleurs sexuels, les minorités ethniques et les personnes homosexuelles. L'injection de drogue et le travail sexuel doivent plutôt être considérés d'un point de vue de santé publique, afin que l'on puisse

parvenir à déployer des projets de réduction des méfaits. [trad.]⁷

En outre, le rapport recommande que les obstacles à une plus grande participation des organismes de la société civile, dans les programmes sur le VIH/sida, soient identifiés et éliminés; et que des réponses par la voie de politiques multisectorielles doivent être renforcées par l'engagement des dirigeants politiques, et d'autres sphères, à faire en sorte que les droits des personnes de groupes marginalisés soient respectés par toutes les agences d'État.

¹ Programme des Nations Unies pour le développement, *Reversing the epidemic: facts and policy options*, Bratislava, février 2004 (accessible en russe et en anglais via www.undp.sk/hiv/).

² *Ibid.*, p. 49.

³ *Ibid.*, p. 56.

⁴ *Ibid.*, p. 52.

⁵ *Ibid.*, p. 55.

⁶ *Ibid.*, p. 50.

⁷ *Ibid.*, p. 61.

LE VIH/SIDA EN PRISON

Cette rubrique aborde des problématiques touchant le VIH/sida en prison. Les articles sont compilés par Ralf Jürgens, directeur général du Réseau juridique canadien VIH/sida, que l'on peut joindre à ralfj@aidslaw.ca.

On y fait état de la Déclaration de Dublin sur le VIH/sida en prison, lancée en février 2004. Le contenu de cette déclaration devrait être utilisé par les systèmes carcéraux du monde entier, comme cadre de travail pour une action efficace contre le VIH/sida dans les prisons, et par les militants de la communauté auxquels elle offre un autre instrument pour demander des comptes aux gouvernements et pour les tenir responsables de leur inaction en la matière. Vu l'importance de cet énoncé, nous le reproduisons intégralement. Dans un autre article, nous résumons le contenu du plus récent survol international des programmes d'échange de seringues en prison, qui conduit une fois de plus à la conclusion que ces programmes sont efficaces et devraient être mis en œuvre dans d'autres systèmes correctionnels. C'est d'ailleurs une recommandation formulée par l'ombudsman à la Justice, au Portugal, qui recommande en plus de créer des salles d'injection sécuritaire dans les prisons portugaises, comme nous le rapportons dans un autre article. En outre, nous signalons quelques autres développements récents observés dans le dossier prison, au Canada et ailleurs; ainsi qu'une nouvelle ressource Internet qui propose des liens à certaines des meilleures références sur le VIH/sida et les prisons.

Lancement de la Déclaration de Dublin sur le VIH/sida en prison

La *Déclaration de Dublin sur le VIH/sida dans les prisons d'Europe et d'Asie centrale*¹ a été lancée le 23 février 2004. Bien qu'elle porte sur les prisons de l'Europe et de l'Asie centrale, elle est aussi pertinente à d'autres pays, y compris le Canada, qui sont encore loin d'appliquer une approche complète et fondée sur les principes de la santé publique et des droits humains, pour s'attaquer au VIH/sida et à l'hépatite C dans leurs prisons.

Déclaration a été rendue publique à Dublin par une coalition d'organismes communautaires, dont l'Irish Penal

Reform Trust et le Réseau juridique canadien VIH/sida, à l'occasion d'une conférence intitulée *Breaking the bar-*

riers: Partnership in the fight against HIV/AIDS in Europe and Central Asia [Briser les barrières : partenariat pour la lutte au VIH/sida en Europe et en Asie centrale]. Cet événement, auquel ont participé des représentants d'États et de gouvernements de l'Europe et de l'Asie centrale, visait à rehausser l'engagement à la lutte contre le VIH/sida dans la région.² À son lancement, plus de 80 organismes et

individus de quelque 23 pays avaient déjà signé la Déclaration.

La Déclaration souligne que le VIH/sida est un grave problème pour les populations carcérales de l'Europe et de l'Asie centrale (et d'autres régions du monde) et que, dans la plupart des pays, les taux d'infection à VIH parmi les détenus dépassent de plusieurs fois ceux observés dans la population hors prison. Cette situation est souvent exacerbée par des taux élevés d'hépatite C et/ou de tuberculose (multi-résistante). Dans la plupart des cas, les taux élevés d'infection à VIH sont liés au partage de matériel d'injection, en prison et l'extérieur, ainsi qu'à des activités sexuelles non protégées en prison. Dans la majorité des pays, on n'a pas mis en œuvre les mesures adéquates de prévention du VIH, en prison, bien qu'elles aient été introduites avec succès dans certains systèmes carcéraux et qu'on y ait constaté leur efficacité. En conséquence, d'une part les personnes incarcérées sont en situation de vulnérabilité accrue de contracter l'infection à VIH, et d'autre part les

détenus qui vivent avec le VIH/sida sont en situation de risque accru de déclin de leur santé, de co-infection à l'hépatite C et/ou à la tuberculose et de mort précoce.

D'après la Déclaration, l'absence de programmes complets et efficaces pour réduire les risques de transmission du VIH en prison, et pour protéger la santé des détenus vivant avec le VIH/sida

est attribuable en bien des cas à un manque de volonté politique ou à des politiques qui donnent priorité à une tolérance-zéro de l'usage de drogue, au détriment de la lutte contre le VIH/sida. Dans certains cas, cela résulte d'un manque de ressources nationales ou d'une insuffisance technologique, devant des besoins ahurissants. Parfois, il s'agit d'une combinaison de ces raisons.

La Déclaration exhorte les gouvernements à agir et elle offre un cadre pour l'élaboration d'une réaction efficace au VIH/sida en prison, fondée sur des pratiques exemplaires et des données scientifiques mondialement reconnues, ainsi que sur le respect des droits humains des per-

sonnes incarcérées.

La Déclaration de Dublin sur le VIH/sida dans les prisons d'Europe et d'Asie centrale, reproduite ci-après, devrait être utilisée par les systèmes carcéraux de partout au monde pour réagir efficacement au VIH/sida en prison; et par les activistes communautaires pour tenir les gouvernements responsables de leur inaction.

- Ralf Jürgens

Ralf Jürgens était l'un des trois représentants d'ONG au dialogue sur les politiques. On peut le joindre à ralfj@aidslaw.ca.

¹ *Déclaration de Dublin sur le VIH/sida dans les prisons d'Europe et d'Asie centrale*, préparée par R. Lines, R. Jürgens, H. Stöver, G. Kaliakbarova, D. Laticevschi, J. Nelles, M. MacDonald et M. Curtis (accessible via www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons.htm).

² Les représentants de ces États et gouvernements ont adopté une autre « Déclaration de Dublin », intitulée *Draft Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia* (www.dochas.ie/Working_Groups/HIV-AIDS/draft_dublin_declaration_on_hiv.htm). Celle-ci considère les détenus comme l'un des « groupes les plus exposés à un risque élevé et immédiat d'infection à VIH », mais elle échoue à établir des objectifs spécifiques pour la prévention du VIH et pour les soins, les traitements et le soutien aux personnes incarcérées. Toutefois, elle « confirme que le respect, la protection et la promotion des droits humains sont essentiels à la prévention du VIH, à la réduction de la vulnérabilité et à la réaction à l'impact du VIH/sida ».

Déclaration de Dublin sur le VIH/sida dans les prisons d'Europe et d'Asie centrale

La santé en prison, c'est la santé publique

Dublin, Irlande

23 février 2004

La Déclaration de Dublin sur le VIH/sida dans les prisons d'Europe et d'Asie centrale
a été élaborée par

Rick Lines (Irish Penal Reform Trust, Dublin)
Ralf Jürgens (Réseau juridique canadien VIH/sida, Montréal)
Dr Heino Stöver (Université de Bremen, Allemagne)
Dr Gulnara Kaliakbarova (Penal Reform International, Kazakhstan)
Dr Dumitru Laticevschi (Moldavie)
Dr Joachim Nelles (University Psychiatric Services, Berne, Suisse)
Dr Morag MacDonald (University of Central England, Birmingham, Royaume-Uni)
Matt Curtis (International Harm Reduction Development Program, Open Society Institute)

Publié à Dublin, Irlande

23 février 2004

à l'occasion de la conférence
*Breaking the barriers: Partnership in the fight against
HIV/AIDS in Europe and Central Asia*

**Dublin Castle
Dublin, Irlande
23 et 24 février 2004**

La Déclaration de Dublin sur le VIH/sida dans les prisons d'Europe et d'Asie centrale
a été initiée par l'Irish Penal Reform Trust, Dublin (www.penal-reform.ie).

Avant-propos

Le VIH/sida est un grave problème pour les populations carcérales de l'Europe et de l'Asie centrale.

Dans la plupart des pays, les taux d'infection à VIH parmi les détenus dépassent de plusieurs fois ceux observés dans la population hors prison.¹ Cette situation est souvent exacerbée par des taux élevés d'hépatite C et/ou de tuberculose (multirésistante). Dans la plupart des cas, les taux élevés d'infection à VIH sont liés au partage de matériel d'injection, tant en prison qu'à l'extérieur, ainsi qu'à des activités sexuelles non protégées en prison. Dans la majorité des pays, on n'a pas mis en œuvre les mesures adéquates de prévention du VIH, en prison, bien qu'elles aient été introduites avec succès dans d'autres systèmes carcéraux et qu'on y ait constaté leur efficacité. En conséquence, d'une part les personnes incarcérées sont en situation de vulnérabilité accrue de contracter l'infection à VIH, et d'autre part les détenus qui vivent avec le VIH/sida sont en situation de risque accru de déclin de leur santé, de co-infection à l'hépatite C et/ou à la tuberculose et de mort précoce.

Le fait que l'on n'implante pas les programmes complets qui sont efficaces pour la réduction des risques de transmission du VIH en prison, et pour protéger la santé des détenus vivant avec le VIH/sida, est attribuable en bien des cas à un manque de volonté politique ou à des politiques qui donnent priorité à une tolérance-zéro de l'usage de drogue, au détriment de la lutte contre le VIH/sida. Dans certains cas, cela résulte d'un manque de ressources nationales ou d'une insuffisance technologique, devant des besoins ahurissants. Parfois, il s'agit d'une combinaison de ces raisons.

Cette crise sanitaire nécessite de toute urgence l'attention et l'action de tous les gouvernements.

En vertu des lois nationales et du droit international, les gouvernements ont une obligation morale et éthique de prévenir la propagation du VIH en prison et de fournir aux détenus séropositifs des soins, des traitements et du soutien adéquats et humains. Il n'y a pas de confusion quant à ce qui doit être fait : il existe déjà dans plusieurs pays des politiques et des programmes qui réduisent effectivement la propagation du VIH en prison, et qui assurent des soins, des traitements et du soutien adéquats aux détenus vivant avec le VIH/sida – et tous les autres pays devraient les répliquer.

Les personnes incarcérées ont le même droit à la santé que tout autre individu. Par ailleurs, les vies et la santé des personnes incarcérées sont liées de plusieurs manières à

celles du reste de la société. Protéger la santé des détenus, c'est protéger aussi l'ensemble de nos communautés. Protéger les détenus, c'est protéger aussi les employés carcéraux, qui ont droit à cette protection contre le VIH, l'hépatite C et la tuberculose, en prison, et dont les besoins à cet égard sont tout à fait compatibles avec ceux des détenus.

Les représentants de 55 gouvernements de l'Europe et de l'Asie centrale étant réunis cette semaine à Dublin pour discuter de « Briser les barrières » dans la lutte contre le VIH/sida, nous les exhortons à commencer par briser des barrières qui sont sous leur contrôle complet : les barrières qui ont empêché jusqu'ici la mise en œuvre d'une gamme complète de services en matière de VIH/sida dans leurs prisons.

But

La présente Déclaration offre un cadre pour l'élaboration d'une réaction efficace au VIH/sida dans les prisons d'Europe et d'Asie centrale. Les principes et articles énoncés se fondent sur des pratiques exemplaires et des données scientifiques mondialement reconnues, ainsi que sur les droits humains fondamentaux des personnes incarcérées et l'obligation des États de réaliser ces droits.

Énoncé des principes fondamentaux

Principe 1 : Les personnes incarcérées font partie de nos communautés.

Les personnes incarcérées sont des parents, des frères et sœurs, des fils et filles, des grands-parents, des époux, des êtres chers, des partenaires et des amis. Le fait qu'elles soient incarcérées pendant un certain temps n'y change rien. Les détenus viennent de nos communautés et, en grande majorité, ils y retournent.

Principe 2 : Les personnes incarcérées ont le droit à la santé.

Ce droit est garanti par le droit international et enchâssé dans des règles, directives et pactes internationaux, notamment la *Déclaration universelle des droits de l'homme*, le *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels* (article 12), le *Pacte international relatif aux droits civils et politiques* (article 10.1), les *Principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus* (principes 5 et 9) des Nations Unies et la *Recommandation du Comité des ministres aux États membres relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins*

de santé en milieu pénitentiaire (recommandation 10) du Conseil de l'Europe. Cela inclut le droit à un traitement médical, à des mesures préventives ainsi qu'à une norme de soins équivalente à celle qui prévaut dans la communauté. Les États ont l'obligation de respecter ce principe. Tout échec à s'y conformer constitue une violation du droit international et des directives internationales sur le traitement des détenus.

Principe 3 : La santé en prison, c'est la santé publique.

La vaste majorité des personnes incarcérées réintègrent éventuellement la communauté. Par conséquent, toute infection contractée en prison, ou toute maladie aggravée par les conditions d'emprisonnement, devient un problème de santé publique lors de leur mise en liberté. Les gouvernements ne peuvent ignorer la santé en prison, puisqu'elle fait partie intégrante de la santé publique. La réduction de la transmission du VIH et du virus de l'hépatite C (VHC) en prison est cruciale pour freiner leur propagation parmi la population générale. De plus, la mise en œuvre de programmes efficaces de traitement de la tuberculose, en prison, préviendra la transmission de souches multirésistantes de cette infection, tant en prison qu'à l'extérieur.

Principe 4 : Protéger la santé des détenus et réduire la transmission d'infections en prison, c'est protéger aussi la santé des employés carcéraux.

L'amélioration de l'état de santé des détenus et la réduction de l'incidence des infections en prison comportent des bienfaits pour les employés carcéraux. Par conséquent, l'amélioration des soins de santé et des programmes de prévention pour les détenus est fondamentale pour rehausser la santé et la sécurité des employés carcéraux.

Principe 5 : Les rapports sexuels et l'injection de drogue sont présents, voire répandus, dans plusieurs prisons.

L'expérience de plusieurs pays d'Europe et d'Asie centrale (et d'autres régions du monde) démontre que l'activité sexuelle et l'injection de drogue sont présentes, voire répandues, dans leurs prisons. Les gouvernements doivent le reconnaître publiquement et mettre en œuvre des mesures de santé adéquates. Le déni gouvernemental de cette réalité entrave la lutte contre le VIH/sida en prison.

Principe 6 : La réduction des méfaits, plutôt que la tolérance-zéro, doit servir d'approche pragmatique aux politiques de lutte contre le VIH/sida et de soins en prison.

Des données internationales montrent que le VIH peut se propager en prison, parfois à un rythme alarmant. Les politiques axées sur une tolérance-zéro de l'usage de drogue peuvent faire obstacle à la lutte contre le VIH/sida en prison. La criminalisation de l'usage de drogue cause une présence disproportionnée d'utilisateurs de drogue parmi la population carcérale. Or, plusieurs ne cessent pas nécessairement l'usage de drogue, en prison : ils sont nombreux à continuer de s'en injecter sur une base régulière ou occasionnelle, pendant leur incarcération. Les approches de tolérance-zéro de l'usage de drogue nient cette réalité et sous-tendent des politiques carcérales qui accroissent le risque de pratiques d'injection non sécuritaires et de transmission du VIH. Par conséquent, pour lutter efficacement contre le VIH/sida en prison, les politiques carcérales et sanitaires doivent se fonder sur la philosophie de la réduction des méfaits.²

Principe 7 : Le VIH/sida est un grave problème dans les prisons de nombreux pays; les États doivent agir ensemble et collaborer à la lutte contre cette épidémie.

Le VIH/sida est un problème mondial qui nécessite des solutions mondiales. La prévention du VIH en prison et la provision de traitements aux détenus vivant avec le VIH/sida peuvent être coûteuses. Les pays les plus riches ont une obligation morale d'aider les plus pauvres dans cette lutte.

Principe 8 : La lutte au VHC dans les prisons est aussi cruciale que celle au VIH/sida; elle doit être intégrée dans toutes les initiatives de prévention et de traitement en matière de VIH/sida.

La transmission du VHC [virus de l'hépatite C] résulte en grande partie de pratiques d'injection non sécuritaires. Dans plusieurs pays, les taux d'infection à VHC parmi les détenus sont largement plus élevés que ceux observés dans la communauté générale; et de nombreux détenus vivent avec une co-infection à VIH/VHC. Par conséquent, la lutte contre le VHC en prison est étroitement liée à celle contre le VIH/sida. Les droits et principes énoncés dans cette Déclaration s'appliquent également au VHC; et les stratégies gouvernementales de prévention du VIH et

de soins aux détenus séropositifs doivent intégrer celles qui touchent le VHC.

Cadre pour l'action

Article 1 : Les détenus ont le droit de se protéger contre l'infection à VIH. Les détenus vivant avec le VIH/sida ont le droit de se protéger contre la réinfection et/ou la co-infection à VHC et/ou à la tuberculose.

Par conséquent, les États ont la responsabilité de

- Voir à ce que les mesures de prévention disponibles dans la communauté générale le soient aussi en prison. Cela inclut la provision aux détenus d'un accès gratuit à des mesures de prévention du VIH et de réduction des méfaits, notamment des seringues et des instruments d'injection stériles; des condoms et d'autres moyens de protection; de l'eau de Javel et des désinfectants; et des instruments pour le tatouage sécuritaire.
- Fournir aux détenus un accès gratuit au traitement d'entretien à la méthadone ou à d'autres traitements de substitution, dans les pays où ils sont disponibles dans la communauté générale. Cela doit inclure non seulement la possibilité de poursuite, mais aussi d'amorce, d'un tel traitement pendant l'incarcération. Les pays qui n'ont pas légalisé ou mis en œuvre des programmes de traitement de substitution devraient le faire.
- Fournir un accès confidentiel et non discriminatoire aux mesures de réduction des méfaits.
- Fournir de l'information exacte et simple sur l'utilisation adéquate des mesures de réduction des méfaits, par des moyens de communication efficaces.
- Fournir un traitement efficace et en temps opportun pour la tuberculose, en prison, et assurer un suivi adéquat après la mise en liberté.

Article 2 : Les détenus vivant avec le VIH/sida ont le droit de maintenir et de favoriser leur santé.

Par conséquent, les États ont la responsabilité de

- Fournir aux détenus un accès gratuit à des traitements et soins pour le VIH/sida qui soient équivalents à ceux offerts hors prison. Cela devrait comprendre les traitements antirétroviraux, une alimentation adéquate, des

options de promotion de la santé et des médicaments anti-douleur.

- Fournir aux détenus un accès à des thérapies non approuvées, expérimentales, non conventionnelles et alternatives qui soit équivalent à celui offert hors prison.
- Fournir des soins gynécologiques et obstétriques de qualité aux détenues qui vivent avec le VIH et qui sont enceintes, y compris un traitement antirétroviral continu et une prophylaxie à leurs nouveau-nés, durant et après l'accouchement, pour prévenir la transmission périnatale du VIH.
- Fournir des effectifs suffisants de professionnels de la santé en prison.
- Faire du traitement d'infections transmissibles sexuellement une composante clé des soins complets pour le VIH.
- Améliorer les conditions de détention (surpeuplement, piètre état des bâtiments, insalubrité, médiocrité de l'éclairage et de la ventilation) qui peuvent affecter les personnes dont le système immunitaire est affaibli.
- Donner accès à des organismes non gouvernementaux et à d'autres professionnels de la santé de l'extérieur, qui peuvent aider à la provision de services de soins, de traitement et de soutien en prison.

Article 3 : Les détenus ont le droit à la confidentialité de leur état sérologique.

Par conséquent, les États ont la responsabilité de

- Assurer la sécurité et la confidentialité des renseignements médicaux des détenus.
- Ne pas loger, catégoriser ou traiter les détenus d'une façon qui révèle leur état sérologique; et assurer que leurs dossiers ne soient pas marqués ou étiquetés d'une telle façon.

Article 4 : Les détenus ont le droit au consentement éclairé dans l'accès aux traitements et thérapies anti-VIH, y compris le droit de refus.

Par conséquent, les États ont la responsabilité de

- Interdire le traitement obligatoire des détenus vivant avec le VIH/sida.
- Voir à ce que les détenus reçoivent suffisamment d'information sur les traitements et thérapies anti-VIH pour pouvoir prendre une décision éclairée quant à leur traitement.

Article 5 : Les détenus ont le droit d'accéder à un test du VIH volontaire et confidentiel, assorti de counselling pré- et post-test. Ils ont le droit au consentement éclairé au test du VIH, y compris le droit de refus.

Par conséquent, les États ont la responsabilité de

- Interdire le test de sérodiagnostic obligatoire du VIH pour les détenus.
- Fournir aux détenus un accès à des services de test du VIH volontaires et confidentiels.
- Voir à ce que le counselling pré- et post-test fasse systématiquement partie des protocoles et pratiques de test du VIH.
- Fournir aux détenus un accès à des services de test anonyme du VIH, dans les pays où ce type de test est offert dans la communauté générale.

Article 6 : Les personnes vivant avec le VIH/sida ont le droit à une vie exempte de stigmatisation, de discrimination et de violence.

Par conséquent, les États ont la responsabilité de

- Voir à ce que les détenus vivant avec le VIH/sida ne soient pas isolés involontairement du reste de la population carcérale en raison de leur séropositivité.
- Voir à ce que les détenus vivant avec le VIH/sida ne voient pas refuser la participation à des programmes, à un travail ou à des activités récréatives en raison de leur séropositivité.
- Fournir de l'éducation sur le VIH/sida à tous les détenus et employés carcéraux.
- Combattre la phobie du sida parmi les détenus et les employés carcéraux.
- Fournir à tous les employés carcéraux une formation régulière sur les infections transmissibles et sur l'usage de drogue, et mettre à jour cette formation fréquemment.

Article 7 : Les détenus ont le droit à une éducation sur le VIH/sida qui soit exacte, exempte de préjugés et accessible.

Par conséquent, les États ont la responsabilité de

- Fournir un accès gratuit et continu à du matériel éducatif sous diverses formes.
- Considérer la prévention du VIH comme un volet d'un programme complet de prévention des infections

transmissibles sexuellement.

- Donner accès à des organismes non gouvernementaux et à d'autres professionnels de la santé de l'extérieur, qui peuvent aider à des interventions éducatives en prison.
- Fournir un appui aux initiatives d'éducation des pairs, dirigées par des détenus.

Article 8 : Les populations carcérales ont le droit de voir leur diversité reconnue et respectée, dans la conception et la provision des services liés au VIH/sida.

Par conséquent, les États ont la responsabilité de

- Fournir des interventions et des services en matière de VIH/sida qui reconnaissent et respectent les différences liées au sexe, à l'âge, à la race, à l'origine ethnique, à la langue, à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre.

Article 9 : Les détenus, employés carcéraux et organismes non gouvernementaux devraient être consultés pour la conception et la mise en œuvre des programmes de lutte contre le VIH/sida en prison.

Par conséquent, les États ont la responsabilité de

- Élaborer des mécanismes permettant une implication significative des détenus, des employés carcéraux et des organismes non gouvernementaux dans le contenu, la conception et la fourniture des programmes de lutte contre le VIH/sida.
- Encourager et soutenir les interventions d'éducation et de soutien des pairs dirigées par des détenus.
- Assurer la durabilité des interventions à court terme d'organismes communautaires en les intégrant aux programmes carcéraux.

Article 10 : Les détenus vivant avec le VIH/sida ont le droit à la continuité de leurs soins après leur mise en liberté.

Par conséquent, les États ont la responsabilité de

- Établir des systèmes de référence entre les prisons et les services sociaux et de santé, de traitement de substitution et de réduction des méfaits dans la communauté.
- Voir à ce que les services sociaux et de santé de la

communauté reçoivent suffisamment de ressources et de soutien pour pouvoir fournir des soins aux ex-détenus.

Article 11 : Les États les plus riches ont une obligation d'aider et de soutenir les moins riches, dans la provision d'options de prévention du VIH et de traitement aux détenus.

Par conséquent, les États ont la responsabilité de

- Fournir un accès abordable à des traitements et thérapies anti-VIH, des mesures de réduction des méfaits et une expertise technique, aux pays dont les ressources et les infrastructures médicales/pharmaceutiques sont moindres. Cela doit inclure de permettre le développement de versions génériques de médicaments anti-VIH.

¹ Des études menées dans divers pays d'Europe de l'Est et de l'Ouest, ainsi qu'en Asie centrale, ont recensé des taux de VIH allant de 0% à 17% parmi les détenus.

² La réduction des méfaits est un ensemble de stratégies pratiques – allant de pratiques sécuritaires jusqu'à la consommation contrôlée et l'abstinence – qui réduisent les conséquences négatives de l'usage de drogue. Elle décourage le partage de matériel d'injection contaminé en fournissant aux utilisateurs de drogue des instruments stériles, des désinfectants ainsi que diverses options de traitement de la dépendance à la drogue, comme les traitements de substitution. La réduction des méfaits reconnaît que l'usage de drogues légales et illégales existe, qu'on le veuille ou non, et elle choisit de travailler à en réduire les méfaits plutôt que de les ignorer ou de simplement fermer les yeux sur la réalité. La réduction des méfaits considère l'usage de drogue comme un phénomène complexe, aux multiples facettes, qui englobe un continuum de comportements allant de l'abus grave à l'abstinence complète; elle reconnaît que certaines pratiques pour l'usage de drogue sont nettement plus sécuritaires que d'autres. Les stratégies de réduction des méfaits rejoignent les utilisateurs de drogue « là où ils en sont »; abordent l'usage de drogue autant que ses circonstances; et favorisent la provision de services et de ressources exemptes de préjugés et de coercition aux personnes qui utilisent des drogues ainsi qu'à leurs communautés, pour les aider à réduire les méfaits liés à la drogue. [Définition adaptée du site Internet de la Harm Reduction Coalition, www.harmreduction.org]

Programmes d'échange de seringues en prison : un nouveau survol est publié

La parution d'un aperçu évaluatif des programmes d'échange de seringues en prison était signalée dans le numéro 1 du volume 8 de la *Revue*. L'aperçu en question avait conclu que les programmes d'échange de seringues en prison (PÉSP) « sont faisables et procurent les avantages de réduire les comportements à risque et la transmission d'infections par le sang, sans conséquences indésirables ». ¹ Un autre examen, plus complet, vient de paraître et de confirmer à nouveau que les PÉSP sont des réussites là où ils sont appliqués. ²

L'examen présente les résultats de PÉSP après 10 années d'expérience en Suisse, en Allemagne, en Espagne et en Moldavie. Au moment de la complétion de la publication (décembre 2002), des PÉSP avaient été introduits dans 46 prisons de ces pays et 43 d'entre eux étaient encore en fonction. (Dans des prisons allemandes où des programmes ont cessé, en 2002 et 2003, la décision n'était due à aucun problème lié aux programmes, proprement dits, mais plutôt à l'interférence politique de gouvernements de « centre droite » nouvellement élus. ³)

Dans 11 prisons, les PÉSP ont été évalués sur le plan de la faisabilité et de l'efficacité. Les conclusions de ces évaluations ont contredit les arguments les plus souvent invoqués contre la mise en place de PÉSP à l'effet qu'ils résulteraient en des scénarii menaçants pour le personnel et des détenus, et/ou en une augmentation de l'usage de drogue, et/ou en une augmentation de l'injection par des détenus qui consommaient la drogue d'autres manières, et/ou en une incitation de non-utilisateurs à commencer à s'injecter de la drogue. De fait, les évaluations ont démontré que la distribution de seringues stériles n'a pas été suivie d'une augmentation de l'usage de drogue ou de son injection; que les seringues n'ont pas été utilisées à mauvais

escient; que la mise au rebut des seringues utilisées n'a pas été compliquée; et que le partage de seringues entre utilisateurs a diminué. Les auteurs de l'examen ont conclu que « sur la base de ces expériences ... les mesures de réduction des méfaits, y compris l'échange de seringues, se révèlent non seulement applicables, mais efficaces [en prison] ». ⁴

Nonobstant ces observations, la résistance d'employés de prisons, de politiciens et de syndicats d'employés correctionnels, à l'égard des PÉSP ainsi que d'autres mesures de réduction des méfaits, continue d'empêcher la mise en œuvre de tels programmes dans la plupart des pays. Les auteurs de l'examen ont écrit :

Les plans d'échange de seringues en prison posent encore un problème politique épineux car ils sont considérés comme le symbole d'un aveu d'échec à garder les prisons « exemptes de drogues ». Les PÉSP sont encore assujettis à des décisions et stratégies d'ordre politique. À Hambourg (Allemagne), par exemple, les trois projets amorcés fonctionnaient adéquatement. La coalition de centre-droite élue en septembre 2001 a aboli les mesures de réduction des méfaits et a affirmé que le but de rendre les prisons exemptes de drogue était la cible principale et que toutes les autres mesures devaient y être subordonnées. ⁵

Il y a tout de même, sur le plan politique, des signes qui permettent de garder l'espoir. Un décret du gouvernement de l'Espagne, à l'effet que toutes les prisons du pays sont tenues de fournir du matériel d'injection stérile aux utilisateurs de drogue, « pourrait entraîner une percée future de cette mesure de réduction des méfaits ». ⁶ Récemment, de plus en plus de pays, notamment en Europe de l'Est, ont introduit des PÉSP. Le nombre total de ces programmes est à présent évalué à plus de 100. Un autre examen de ces programmes, présentant une somme d'information beaucoup plus vaste, sera publié plus tard en 2004. ⁷

- Ralf Jürgens

¹ R. Jürgens, « Survol évaluatif des programmes d'échange de seringues en prison », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2003, 8(1) : 61, avec renvoi à K. Dolan, S. Rutter, A.D. Wodak, « Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development », *Addiction*, 2003, 98 : 153-158.

² H. Stöver, J. Nelles, « Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons », *International Journal of Drug Policy*, 2003, 14 (5-6) : 437-444.

³ Pour plus de détails, voir R. Lines, R. Jürgens, H. Stöver, D. Laticevski, J. Nelles, *L'échange de seringues en prison : Examen des données et de l'expérience internationales* [titre provisoire], Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, (à paraître; le rapport sera déposé à www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons.htm).

⁴ *Supra*, note 2, p. 437.

⁵ *Ibid.*, p. 442.

⁶ *Ibid.*, p. 437.

⁷ *Supra*, note 3.

La Commission canadienne des droits de la personne recommande des programmes d'échange de seringues en prison

Dans un rapport rendu public le 28 janvier 2004, la Commission canadienne des droits de la personne recommande que le Service correctionnel du Canada (SCC) amorce des projets pilotes d'échange de seringues dans au moins trois pénitenciers et au moins un pénitencier pour femmes, d'ici juin 2004.¹

Le rapport souligne que les taux d'infection à VIH parmi les détenues sont encore plus élevés que parmi les détenus de sexe masculin, et que l'usage de drogue ainsi que le partage de seringues sont prévalent dans les prisons canadiennes. La Commission y fournit l'analyse suivante, d'une perspective des droits de la personne, quant au fait que le SCC se soit jusqu'ici refusé à mettre à l'essai des programmes pilotes d'échange de seringues dans les prisons fédérales :

Les taux élevés de consommation de drogues et d'infection par le VIH signifient que l'absence de seringues stérilisées dans les prisons a un effet néfaste sur les détenus toxicomanes, et ces effets sont peut-être particulièrement notables chez les femmes autochtones purgeant une peine de ressort fédéral. Même si le partage de seringues usagées constitue un risque pour tout détenu, l'incidence sur les femmes est plus marquée en raison du taux plus élevé de toxicomanie et d'infection par le VIH au sein de cette population.

Pour amorcer l'analyse dans le contexte des droits de la personne, il faut d'abord savoir que le Parlement a décidé d'intégrer à la *Loi canadienne sur les droits de la personne* la protection contre la discrimination fondée sur la toxicomanie. Les toxi-

comanes qui ne sont pas en prison ont accès à des mesures de réduction des méfaits, et en privant les toxicomanes incarcérés de telles mesures, [qui devraient être] offertes selon les normes de santé publique reconnues, on leur fait courir des risques accrus.

Dissuader les détenus de consommer des drogues et améliorer la sécurité des établissements sont des visées fort louables. Il s'agit certes de buts légitimes et importants dans le contexte correctionnel étant donné le lien qui existe entre la consommation de drogues et l'activité criminelle. Toutefois, on ne peut affirmer avec certitude que le fait de restreindre les mesures de réduction des méfaits décourage les détenus toxicomanes de consommer des drogues ou contribue à la sécurité du personnel, des détenus ou du public.

La consommation de drogues dans les prisons fédérales continue d'être une pratique répandue, ce qui signifie que les détenus se servent de seringues usagées. Les études montrent que les programmes d'échange de seringues ne mènent pas à une augmentation de la consommation, pas plus que l'absence de seringues stérilisées ne décourage la consommation de drogues en milieu carcéral, même au moment de la première injection.

À l'heure actuelle, la politique de tolérance zéro ne peut être appliquée, et le Service correctionnel reconnaît

tacitement ce fait lorsqu'il fournit des agents de blanchiment destinés à la désinfection des seringues ou lorsqu'il crée des rangées de cellules et des maisons exemptes de drogues.

La pratique actuelle du Service correctionnel qui consiste à restreindre l'accès aux mesures de réduction des méfaits peut difficilement être justifiée par les contraintes excessives qui seraient imposées sur le plan de la sécurité, cette façon de faire accroissant le risque d'infection des détenus et, probablement, du grand public. [...]

Les risques pour la santé publique ne sont pas pris en compte actuellement dans la politique adoptée par le Service correctionnel pour restreindre l'accès aux mesures de réduction des méfaits. Pour que des pratiques exemplaires soient appliquées dans le respect des droits de la personne, il est nécessaire de considérer minutieusement tous les risques pour la sécurité qui découleraient de l'adoption de nouvelles mesures de réduction des méfaits. Une telle façon de faire est nécessaire à une analyse complète et équilibrée des contraintes excessives.

Même si certains membres du personnel de correction œuvrant dans les établissements se sont opposés à l'échange de seringues par crainte d'accroître les risques de blessures, les études sur les programmes d'échange de seringues dans d'autres prisons montrent que cette préoccupation n'est pas fondée. On ne peut affirmer avec certitude que l'échange de seringues accroîtrait les risques; de fait, les projets pilotes menés ailleurs

montrent que, grâce à un programme d'échange de seringues, il serait plus facile de gérer le nombre de seringues circulant dans un établissement.²

La Commission conclut que :

Compte tenu des avantages que les mesures de réduction des méfaits procurent aux détenus toxicomanes, il est temps d'envisager l'adoption de mesures supplémentaires selon les normes de santé publique. Nous sommes d'accord avec les auteurs du rapport publié récemment par le Bureau de l'enquêteur correctionnel, qui indique la nécessité d'adopter d'autres mesures de réduction des méfaits, y compris l'échange de seringues.³

La Commission recommande par conséquent :

que, d'ici à juin 2004, le Service correctionnel du Canada lance un projet pilote d'échange de seringues dans trois établissements correctionnels ou plus, dont au moins un établissement pour femmes. Les résultats du projet pilote devraient faire l'objet de suivi, être divulgués et être évalués au cours des deux premières années suivant le lancement du projet.⁴

La Commission avait déjà exprimé son appui à ce que l'échange de seringues soit mis à l'essai en prison dans le cadre de projets pilotes,⁵ mais sa recommandation officielle de mettre en œuvre de tels programmes dans plusieurs prisons est nouvelle et encourageante.

- Ralf Jürgens

¹ Commission canadienne des droits de la personne, Protégeons leurs droits : Examen systématique des droits de la personne dans les services correctionnels destinés aux femmes purgeant une peine de ressort fédéral, Ottawa, la Commission, décembre 2003 (www.chrc-ccdp.ca/Legis&Poli/IndexFSW_FSF.asp?l=f).

² Ibid., aux p. 38-39, avec nombreuses références.

³ Ibid., p. 39-40.

⁴ Ibid. (recommandation 4).

⁵ Commission canadienne des droits de la personne, Rapport annuel, Ottawa, Approvisionnement et Services Canada, 1995, p. 34; 1996, p. 38-39; 1997, p. 31-32; et 1998, p. 27-28 (les numéros de pages renvoient aux versions anglaises, mais les rapports annuels en français sont accessibles via www.chrc-ccdp.ca/publications/Pubs_Reports_Rapports.asp?l=f).

Portugal – Un rapport recommande en prison l'échange de seringues ou des sites d'injection sécuritaire

Un rapport publié à la fin de 2003 par l'ombudsman à la Justice du Portugal (« Provedor de Justiça ») renferme la recommandation que le Portugal établisse des services d'échange de seringues ou des lieux sécuritaires pour l'injection, dans ses prisons.¹

D'après le rapport de l'ombudsman, l'usage répandu de drogue entraîne une hausse des taux de VIH parmi les 14 000 détenus du Portugal. Quatorze p. cent des détenus du Portugal vivent avec le VIH et 396 détenus ont le sida. De plus, 11% des détenus qui ont participé à une enquête ont affirmé s'être injecté des drogues en prison,² et plus des trois quarts

d'entre eux ont dit avoir partagé leurs seringues – ce qui constitue des conditions idéales pour la propagation du VIH.

Le rapport recommande que le gouvernement mette sur pied des programmes pilotes d'échange de seringues en prison, afin de réduire la propagation du VIH,³ et il fait référence à l'expérience positive de

l'Espagne dans l'introduction de programmes d'échange de seringues en prison.

L'Agence France-Presse a rapporté⁴ que la recommandation a immédiatement reçu l'appui de l'association portugaise des avocats ainsi que de l'ex-président de l'Assemblée générale de l'ONU, M. Diogo Freitas do Amaral, qui préside actuellement

une commission sur la réforme des prisons portugaises. La ministre de la Justice Celeste Cardona a toutefois rejeté la recommandation. Les politiques gouvernementales continueront de se concentrer sur le traitement de la dépendance, y compris le traitement d'entretien à la méthadone, a affirmé la ministre. Fernando Negrao, chef de l'Institut portugais sur les drogues (une division du ministère de la Santé) a affirmé que des salles d'injection pourraient être efficaces, mais seulement après que les prisons soient

devenues moins surpeuplées.

Ce n'est pas la première fois que l'on recommande la création de salles d'injection sécuritaire en prison. Comme nous l'avons rapporté dans un numéro précédent de la *Revue*, au moment où le gouvernement de l'Espagne a ordonné la distribution de seringues dans toutes ses prisons, un syndicat d'employés avait affirmé sa préférence pour des salles d'injection, au lieu de programmes d'échange de seringues.⁵

- Ralf Jürgens

¹ Provedor de Justiça, *As nossas prisoes*, Apresentação do Relatório sobre a Sistema Prisional/2003, 13 novembre 2003 (www.provedor-jus.pt/publicacoes/Rel2003Prisoes/welcome.html).

² *Ibid.*, p. 14.

³ *Ibid.*, p. 15.

⁴ Levi Fernandes, Agence France Presse, 24 décembre 2003.

⁵ « Espagne – Le gouvernement ordonne la distribution de seringues stériles en prison », dans R. Jürgens, « Le VIH/sida en prison : nouveaux développements », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 6(3) : 14-21, à la p. 18.

Canada – Enquête du coroner sur un décès lié à la méthadone

Le jury d'une enquête du coroner a formulé 14 recommandations à l'issue d'une enquête sur le décès de Sonia Faith Keepness, une détenue de 37 ans, au Prince Grove Correction Centre (Prince Albert, Saskatchewan).

Le jury a conclu que Mme Keepness est décédée le 19 février 2002 de causes pouvant être une combinaison de méthadone avec du Librium, un tranquillisant qui s'accompagne d'effets de type sédatif.¹ Elle a pris l'équivalent d'une dose unitaire de méthadone en avalant la vomissure de deux codétenues qui ont régurgité la méthadone qu'elles recevaient par ordonnance.² Les deux détenues, qui prennent la méthadone comme traitement pour la dépendance, ont par la suite été trouvées coupables de trafic de stupéfiant.³ La police de Prince Albert a rapporté à l'enquête qu'il arrivait fréquemment que des détenus reçoivent leur dose de méthadone et la régurgitent pour d'autres détenus en

échange de faveurs.⁴

En Saskatchewan, en vertu de la Loi de 1999 sur les coroners, une enquête doit être tenue sur les circonstances du décès de tout détenu, dans un établissement.⁵ Le jury du coroner a formulé des recommandations pour prévenir des décès semblables, y compris l'éducation des détenus et du personnel, en matière de dépendance et d'utilisation de drogues illégales; des visites régulières et planifiées, au centre, par un psychiatre; et un examen des programmes de méthadone utilisés dans les établissements correctionnels, avec une attention sur les précautions liées aux taux d'ingestion/absorption.⁶ Le ministère des Corrections et de la Sécurité publique

de la Saskatchewan a signalé, depuis, des changements apportés à la gestion de la méthadone, notamment l'isolement et l'observation des détenus pendant une heure après leur prise quotidienne de méthadone.⁷

– Grant Holly

Grant Holly est étudiant de première année à la Faculté de droit de l'Université McGill.

¹ S.Tipper, « Drugs likely killed inmate: Methadone, Librium found in system: expert », *Injustice Busters*, 4 mars 2003 (www.injusticebusters.com/2003/Keepness_inquest.htm).

² *Ibid.*

³ *Ibid.*

⁴ *Ibid.*

⁵ S.S. 1999, c. 38.01, tel qu'amendé, art. 20.

⁶ Jury Report, Saskatchewan Justice.

⁷ S.Tipper, « No overdoses a priority: Inmate death to methadone a concern: official », *Injustice Busters*, 12 mars 2003 (www.injusticebusters.com/2003/Keepness_inquest.htm).

Canada – Une cour affirme que les dossiers médicaux des détenus doivent être traités comme personnels et confidentiels

Le 8 avril 2003, la Cour fédérale du Canada, Division des procès, a jugé que le Service Correctionnel du Canada (SCC) n'a pas de responsabilité de prévenir un détenu de la violence potentielle ou des risques à sa santé posés par un codétenu, en l'absence d'un danger clair et prévisible.

L'affaire *Farrows-Shelley*¹ a découlé d'une bagarre, le 23 juillet 1999, entre deux détenus en occupation double dans une cellule de l'Établissement Warkworth. Le plaignant a poursuivi le SCC en négligence. Il a allégué avoir subi des coupures et lacérations mineures en raison de l'altercation, ainsi que des conséquences d'anxiété et de détresse émotionnelle dues à sa crainte d'avoir contracté une hépatite ou l'infection à VIH de son codétenu, qu'il soupçonne d'avoir ces infections. La cour a affirmé que le fardeau incombait au plaignant de faire la preuve que (1) le SCC avait à son égard un devoir de le prévenir de violence potentielle ou de risques pour sa santé; et que (2) il y a eu violation de cette responsabilité de prévenir, dans les faits limités et particuliers de l'affaire en question. Un témoin du SCC a signalé que le cas de tout détenu est évalué avant le transfèrement d'établissement et avant le placement en double occupation; il a précisé qu'il y a des détenus séropositifs au VIH dans la

Le SCC n'a pas de raison ni de pouvoir d'investiguer, de vérifier ou de divulguer des renseignements sur la santé d'un détenu, à son arrivée dans un nouvel établissement.

population carcérale comme dans le reste de la société.

La Cour a déterminé que le SCC n'avait pas de responsabilité de mettre en garde, puisque le plaignant a échoué à faire la preuve que son codétenu avait une infection à hépatite ou à VIH, ou quelque tendance induite à la violence. De plus, la cour a observé que le comportement du plaignant avait provoqué son partenaire de cellule, partant du constat d'un dédain candide du plaignant à l'égard de ce dernier, et d'une présomption de manque de

corrélation entre la conduite du plaignant en cour et la teneur de son affidavit. La cour a aussi affirmé le bien-fondé de la politique du SCC de traiter les renseignements médicaux sur les détenus comme de l'information personnelle confidentielle. En vertu de la politique du SCC, le droit du détenu à la vie privé et à la confidentialité est équilibré avec la protection de la population carcérale, par le recours aux précautions universelles pour réagir aux situations d'exposition à des liquides corporels. La cour a affirmé que le SCC n'a pas de raison ni de pouvoir d'investiguer, de vérifier ou de divulguer des renseignements sur la santé d'un détenu, à son arrivée dans un nouvel établissement. Elle a conclu dans son jugement que le plaignant n'avait pas démontré que le SCC avait un tel devoir, et elle n'a par conséquent imputé au Service aucune responsabilité.

– Grant Holly

¹ *Farrows-Shelley v. Canada* (2003) F.C.T. 415.

Autres développements

Statistiques sur le VIH/sida dans les prisons états-uniennes

Le Bureau of Justice Statistics, US Department of Justice, a récemment publié son rapport annuel sur le VIH/sida dans les prisons états-uniennes.¹ Le rapport présente des statistiques de la fin de 2001 sur les nombres de cas de séropositivité au VIH et de sida parmi les détenus de chaque système des prisons d'États ainsi que du système fédéral. Il inclut des données sur le nombre de décès liés au sida, un décompte séparé par sexe, des comparaisons avec la prévalence du sida dans l'ensemble de la population, et l'historique des statistiques sur les cas de sida depuis 1995 et sur les décès qui s'y sont associés depuis 1991. Voici quelques faits saillants :

- Le 31 décembre 2001, on connaissait 22 627 cas d'infection à VIH parmi les détenus des prisons d'États (soit 2% de la population des prisons d'États) et 1 520 parmi les prisonniers des établissements fédéraux (soit 1,2% des détenus de ressort fédéral). Le total des cas de séropositivité était de 24 147, une baisse en comparaison avec les 25 333 cas connus à la fin de l'année 2000. L'État de New York avait le plus haut pourcentage de cas de VIH au pays (8,1%), suivi du Rhode Island (4,4%) et de la Floride (3,6%). Quatre états (Vermont, North Dakota, South Dakota et Wyoming) ont rapporté 10 cas ou moins de séropositivité

connue dans leurs prisons.

- Les taux de séropositivité au VIH sont plus élevés parmi les détenues que parmi les détenus de sexe masculin. Dans l'ensemble, le taux de prévalence connue du VIH dans les prisons d'États était de 1,9% chez les hommes et de 2,9% chez les femmes. Dans neuf États, plus de 5% des détenues étaient connues comme étant séropositives : notamment, 14,9% des détenues des prisons de l'État de New York; 12,1% de celles du Rhode Island; et 12,1% au Nevada.
- L'État de New York était le seul où la prévalence du VIH dépasse les 5% parmi les détenus de sexe masculin.
- Des cas connus de séropositivité au VIH à la fin de 2001, on signale que 5 754 étaient des cas confirmés de sida, soit une augmentation en comparaison avec les 5 696 cas en 2000. Parmi les détenus de prisons d'État, on rapporte que 0,5% ont le sida; ce taux est de 0,4% dans les prisons fédérales. Le taux de cas confirmés de sida dans les prisons d'États et fédérales est trois fois plus élevé que dans l'ensemble de la population états-unienne.
- En 2001, le nombre de décès dans les prisons d'États qui ont été associés au sida a été de 256 (comparativement à 185 en 2000). Cette augmentation était la première depuis 1995, année où le nombre de décès associés au sida avait atteint les 1 010.
- En 2001, 8% des décès dans les prisons d'États ont été attribués

au sida (ce taux était de 32% en 1995). Parmi les prisonniers fédéraux, 22 sont décédés de causes associées au sida, soit un de plus qu'en 2000.

Le rapport est fondé sur les National Prisoners Statistics (NPS) de 2001. Les données des NPS ont été fournies par les départements correctionnels des 50 États et du District of Columbia, ainsi que par le Federal Bureau of Prisons.

Australie – Rafale d'hépatite C en prison

D'après un reportage de la journaliste médicale Ruth Pollard,² une épidémie d'hépatite C « balaie » actuellement les prisons de l'État australien de la Nouvelle-Galles du Sud (N.-G.S.) : 60% des femmes et 40% des hommes incarcérés dans les prisons de cet État auraient le virus de l'hépatite C (VHC). Michael Levy, directeur de la santé de la population au New South Wales Corrections Health Service, affirme qu'à tout moment on compte quelque 4 000 personnes atteintes du VHC, dans les prisons de la N.G.-S. Chacune des 29 prisons de l'État est maintenant dotée d'une clinique spécialisée dans l'hépatite C, pour voir aux traitements, à la surveillance et à la gestion des biopsies du foie.

VIH et hépatite en prison : nouveau site Internet

L'initiative *Access to Health Care for the Incarcerated*, de la [US] AIDS Treatment Activists Coalition (ATAC) a pour but d'« accroître

l'accès aux soins de santé pour les personnes incarcérées, par le biais de stratégies coordonnées, de partage d'information, de formation ainsi que de plaidoyer, pour les individus, groupes et communautés ». L'initiative a récemment créé une liste des 40 meilleurs sites Internet contenant de l'information sur le VIH/sida et l'hépatite C en prison.³

É.-U. – Les CDC prônent le dépistage rapide du VIH dans les prisons à court séjour

Les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) états-uniens ont

amorcé dans des prisons un projet de démonstration de deux ans visant à fournir le dépistage rapide du VIH aux détenus, à leur entrée pour une courte peine dans des prisons de la Floride, de la Louisiane, de New York et du Wisconsin. Le but est de « fournir des tests rapides du VIH aux personnes qui entrent en prison pour un séjour relativement bref – quelques jours ou semaines – et de mettre les prévenus séropositifs en contact avec des services dans la communauté, à leur libération ».⁴ Comme ces personnes ne reçoivent habituellement pas l'offre de passer un test du VIH, du moins en prison, l'initiative se veut une occasion de

leur fournir du counselling et un test du VIH, et de les guider vers des soins et traitements ainsi que des services de prévention. Le projet de démonstration fait partie de l'initiative des CDC appelée *Advancing HIV Prevention*.

- Ralf Jürgens

¹ Bureau of Justice Statistics Bulletin, *HIV in Prisons, 2001*, Washington, US Department of Justice, Office of Justice Programs, janvier 2004 (NCJ 202293), (www.ojp.usdoj.gov/bjs/abstract/hivp01.htm).

² R. Pollard, « Hepatitis C epidemic sweeps NSW prisons », (www.smh.com.au/articles/2004/01/11/11073769455690.html?from=storyrhs).

³ L'énoncé du but et la liste des sites Internet conseillés sont sur le site Internet de l'ATAC (www.atac-usa.org/Prisons.html).

⁴ « CDC promotes rapid HIV testing in short term facilities », *Positive Populations*, 2003, 5(3) : 5.

LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX - CANADA

Cette rubrique présente un résumé de diverses décisions des tribunaux du Canada concernant le VIH/sida ou susceptibles d'avoir une importance pour les personnes vivant avec le VIH/sida. Il y est question d'affaires criminelles et civiles. Nous tentons de couvrir les affaires de manière aussi complète que possible, à partir de recherches effectuées dans les bases de données électroniques sur le droit au Canada, ainsi que de reportages des médias canadiens. Les lecteurs sont invités à signaler d'autres affaires dont ils auraient connaissance à Glenn Betteridge, rédacteur de cette rubrique, à gbetteridge@aidslaw.ca.

Les limites imposées aux conjoints de même sexe concernant les prestations de survivant du RPC sont inconstitutionnelles

Le 19 décembre 2003, la Cour supérieure de justice de l'Ontario a déclaré que les dispositions applicables aux conjoints de même sexe en ce qui a trait aux prestations au survivant du Régime de pensions du Canada du gouvernement fédéral¹ (RPC) étaient inconstitutionnelles. Selon la loi, dans les couples homosexuels, les survivants ne pouvaient pas recevoir de prestations si leur conjoint était mort avant le 1^{er} janvier 1998. Cette restriction n'était pas imposée aux survivants dans les relations hétérosexuelles. Dans *Hislop c. Canada*,² le juge Macdonald a conclu que cette date limite était inconstitutionnelle, parce qu'elle portait atteinte au droit à l'égalité des survivants homosexuels.

Le contexte

La cause *Hislop* a résulté de la jonction de deux actions engagées contre le gouvernement fédéral – l'une en Colombie-Britannique, l'autre en Ontario – pour que les prestations des conjoints survivants de même sexe soient accordées aussi aux demandeurs dont les conjoints sont morts avant le 1^{er} janvier 1998.³ Cette date limite a

été établie par la *Loi fédérale sur la modernisation de certains régimes d'avantages et d'obligations*⁴ (LMRAO), entrée en vigueur le 31 juillet 2000, et modifiant le RPC pour accorder le bénéfice des prestations au survivant aux conjoints de même sexe en union libre. (La LMRAO a modifié plus de 60 lois pour que les conjoints homosexuels en union libre soient sur le même pied que les conjoints hétérosexuels en union libre.)

Les prestations au survivant du RPC sont des paiements mensuels versés aux personnes dont l'époux ou le conjoint en union libre est décédé. Selon les conditions d'admissibilité, la personne décédée doit avoir suffisamment contribué au RPC de son vivant, et le conjoint survivant doit être âgé de plus de 35 ans (à moins qu'il s'agisse d'une personne handicapée ou responsable d'un enfant de la personne décédée).⁵ Les paiements commencent normalement un mois après le décès du conjoint. Jusqu'à l'adoption de la LMRAO, ces avantages n'étaient pas reconnus aux couples de même sexe en union libre. La date limite du 1^{er} janvier 1998, dans cette nouvelle loi, signifiait toutefois que de nombreux conjoints de même sexe, dont plusieurs étaient des personnes qui vivent avec le VIH/sida, n'étaient toujours pas admissibles.

Il importe de noter que, selon les modifications apportées au RPC par la LMRAO, les conjoints de même sexe qui satisfaisaient aux critères d'admissibilité aux prestations au survivant (c'est-à-dire ceux dont le conjoint est mort après le 1^{er} janvier 1998) n'avaient le droit de recevoir des prestations qu'à compter de juillet 2000, quelle que soit la date du décès de leur conjoint ou la date où ils ont rempli la demande de presta-

tions. Par contre, les conjoints survivants hétérosexuels ont le droit de recevoir des prestations dès le mois de la date du décès, mais en aucun cas antérieurement à 12 mois avant la date de présentation de la demande de prestations.⁶

Les arguments

Chacun des représentants des demandeurs dans l'affaire *Hislop* était des conjoints homosexuels de personnes décédées entre 1985 et le 1^{er} janvier 1998.⁷ Ils soutenaient que la date limite du 1^{er} janvier 1998 en ce qui a trait à l'admissibilité aux prestations et l'établissement du début des versements au mois de juillet 2000 constituaient des atteintes injustifiées et inconstitutionnelles au droit à l'égalité des hommes gais et des lesbiennes. Ils demandaient à la cour de ramener l'admissibilité aux prestations de survivant de même sexe au 17 avril 1985 et de supprimer la limite arbitraire concernant la date de paiement. La date du 17 avril 1985 est importante, parce que c'est le jour où l'article 15 de la *Charte canadienne des droits et libertés*, qui garantit le droit à l'égalité, est entré en vigueur.⁸

Les demandeurs soutenaient également que le gouvernement avait violé son obligation fiduciaire à leur égard. L'obligation fiduciaire existe dans les relations où il est entendu qu'une partie doit agir dans l'intérêt véritable de l'autre. Les demandeurs soutenaient en outre que le gouvernement s'était enrichi injustement en percevant des paiements du RPC de la part des conjoints membres de couples de même sexe qui sont décédés, sans redistribuer d'argent aux conjoints survivants. Finalement, les demandeurs réclamaient la somme de 20 000\$ chacun à titre de

dommages-intérêts symboliques, pour le motif que le gouvernement fédéral aurait agi de mauvaise foi en les traitant de manière arbitraire et trompeuse.⁹

Le gouvernement a répondu que la date limite découlait d'une distinction fondée sur le temps, et non sur l'orientation sexuelle. Il a allégué que « ce fut seulement au milieu des années 1990, que la reconnaissance des relations homosexuelles est apparue sur l'« écran radar » de la société canadienne ». ¹⁰ Les dispositions de la LMRAO, selon le gouvernement, étaient donc conformes à l'évolution des valeurs sociales. Le gouvernement a également observé que les défenseurs des droits des gais ou des lesbiennes n'avaient formulé aucune objection au moment de l'adoption de la législation.

La décision

La cour s'est d'abord appuyée sur l'arrêt de la Cour suprême du Canada dans l'affaire *Egan c. Canada*.¹¹ Dans *Egan*, la cour a jugé que l'exclusion des conjoints de même sexe du programme de pensions de la Sécurité de la vieillesse violait l'article 15(1) de la Charte. La cour a donc fait de l'orientation sexuelle un « motif analogue » de discrimination selon l'article 15(1). En d'autres termes, bien que l'orientation sexuelle n'est pas expressément mentionnée dans l'article comme motif de discrimination illicite, elle allait dorénavant être considérée comme tel. Dans *Hislop*, le juge Macdonald a conclu que, comme les conjoints homosexuels devaient recevoir le même traitement juridique que les conjoints hétérosexuels, la date limite du 1^{er} janvier 1998 était discriminatoire.

Dans son argumentation, le gouvernement avait affirmé que

l'élimination de la date limite du 1^{er} janvier 1998 reviendrait à appliquer la Charte rétroactivement.¹² Le juge Macdonald a cependant jugé que c'était là une interprétation erronée de la rétroactivité. Bien qu'il soit inadmissible d'appliquer une nouvelle loi à des événements passés, a dit le juge Macdonald, le présent cas se distingue par le fait que « l'application de la Charte n'est pas rétroactive lorsqu'elle vise des cas de discrimination vécus après l'adoption de la Charte, si la discrimination est fondée sur l'état civil des personnes » [trad.].¹³ Plus simplement, le juge Macdonald a établi que « [p]our que la loi soit véritablement conforme à la Charte, l'exclusion discriminatoire des conjoints survivants de même sexe doit être traitée comme si elle n'avait jamais existé » [trad.].¹⁴

« Pour que la loi soit véritablement conforme à la Charte, l'exclusion discriminatoire des conjoints survivants de même sexe doit être traitée comme si elle n'avait jamais existé. » [trad.]

– Juge Macdonald

La cour a rejeté l'argument du gouvernement voulant que la reconnaissance des relations homosexuelles n'est devenue un phénomène social que peu de temps avant l'adoption de la LMRAO. Elle a également rejeté l'argument du gouvernement selon lequel les défenseurs des droits des gais et des lesbiennes avaient appuyé les dispo-

sitions de la LMRAO. La cour a toutefois conclu que le gouvernement n'avait pas violé d'obligation fiduciaire. À son avis, il n'y avait pas l'entente mutuelle nécessaire à établir ce type de relation.¹⁵ Enfin, la cour a rejeté la prétention que le gouvernement s'était enrichi injustement, parce que les paiements au RPC sont conservés dans un fonds consolidé pour les fins exclusives du RPC.¹⁶

La cour a donc annulé les dispositions litigieuses du RPC, ce qui a eu pour effet d'accorder aux conjoints survivants de même sexe le droit aux mêmes avantages que les conjoints de sexe opposé. De plus, la cour a accordé aux demandeurs une exemption constitutionnelle relativement aux dispositions générales du RPC qui restreignent le paiement d'ar-rérages à un an de la date de la demande de prestations.¹⁷ La cour a cependant refusé d'accorder des dommages-intérêts symboliques, comme le souhaitaient les demandeurs. Le jugement a été décrété exécutoire immédiatement. Le gouvernement fédéral a porté la décision en appel à la Cour d'appel de l'Ontario.

Commentaire

La décision est très positive pour les personnes qui vivent avec le VIH/sida, parce que de nombreuses personnes dont le conjoint de même sexe est mort des suites du VIH/sida étaient auparavant inadmissibles aux prestations de survivant du RPC, ou n'avaient pas reçu tous les montants auxquels elles avaient droit. En fait, plusieurs des représentants des demandeurs ont perdu leur conjoint à cause du VIH/sida ou vivent avec le VIH/sida. Il est malheureux que les demandeurs n'aient pas obtenu de dommages-intérêts symboliques,

mais le jugement de la cour est néanmoins une victoire importante pour l'égalité des droits.

– Gordon Cruess

Gord Cruess est étudiant en première année à la Faculté de droit de l'Université McGill.

¹ L.R.C. 1985, c. C-8 (RPC).

² *Hislop c. Canada (Attorney General)*, [2003] OJ No 5212 (QL) (CSJO).

³ Les deux causes sont *Brogaard c. Canada (Attorney General)*, [2002] BCJ No 1775 (QL) (CSCB), qui a pris naissance en Colombie-Britannique, et *Hislop c. Canada (Attorney General)*, [2002] OJ No 2799 (QL) (CSJO), qui a pris naissance en Ontario. Pour plus de renseignements sur ces deux affaires et sur le RPC et la LMRAO, voir R. Carey, « Discrimination dans les modifications du Régime de pensions du Canada concernant les conjoints survivants de même sexe », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 7(2/3) : 75-77, et G. Betteridge, « Le recours collectif des conjoints survivants de même sexe contre le RPC sera instruit à l'échelle nationale », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2003, 8(1) : 75.

⁴ L.C. 2000, c. 12.

⁵ Article 44, RPC.

⁶ Article 72(1), RPC.

⁷ *Hislop*, supra, note 2, par. 2.

⁸ Partie I de la *Loi constitutionnelle de 1982*, Annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada* (RU), 1982, c. 11 (Charte). L'article 15 (1) de la Charte se lit comme suit : « La loi ne fait acception de personne et s'applique également à tous, et tous ont droit à la même protection et au même bénéfice de la loi, indépendamment de toute discrimination, notamment des discriminations fondées sur la race, l'origine nationale ou ethnique, la couleur, la religion, le sexe, l'âge ou les déficiences mentales ou physiques. »

⁹ *Hislop*, supra, note 2, par. 6.

¹⁰ *Ibid.*, par. 63.

¹¹ *Egan c. Canada*, [1995] 2 R.C.S. 513.

¹² *Hislop*, supra, note 2, par. 2.

¹³ *Ibid.*, par. 98.

¹⁴ *Ibid.*, par. 103.

¹⁵ *Ibid.*, par. 124.

¹⁶ *Ibid.*, par. 126.

¹⁷ *Ibid.*, par. 120.

La Cour suprême confirme la validité des interdictions pénales de possession de marijuana à des fins récréatives

Dans deux arrêts récents, *R. c. Malmo-Levine* et *R. c. Caine*¹ (conjointement) ainsi que *R. c. Clay*,² la Cour suprême du Canada a jugé que l'interdiction pénale de la possession de marijuana, en l'absence d'une exemption pour des fins médicales prévue par règlement, est constitutionnelle.

La Cour suprême a instruit les causes ensemble et a rendu sa décision dans les deux affaires le même jour. Dans chaque cas, les accusés étaient poursuivis pour possession de marijuana selon l'ancienne *Loi sur les stupéfiants*.³ *Malmo-Levine* et *Clay* étaient également accusés de possession en vue d'un trafic. La principale question soumise à la Cour suprême consistait à déterminer si l'interdiction pénale concernant la possession de marijuana portait atteinte aux droits des accusés à la vie et à la sécurité de la personne protégés par l'article 7 de la *Charte canadienne des droits et libertés*.⁴ Le droit à la liberté suppose que toute personne a le droit de prendre des décisions sans crainte de s'exposer à l'emprisonnement, tandis que le droit à la sécurité de la personne implique le droit de la personne de prendre des décisions concernant son intégrité physique.

Bien que la cour ait conclu que la possibilité d'incarcération pour la possession de marijuana porte atteinte à ces droits protégés par l'article 7, elle a également jugé que la possibilité d'un châtement juridique sous forme d'emprisonnement est compatible avec les principes de la justice fondamentale.⁵ La cour a conclu que, compte tenu des risques de préjudices associés à la consommation et à la prolifération de la

marijuana, « l'interdiction frappant la possession de marijuana n'est ni arbitraire ni irrationnelle ».⁶

Commentaire

Si la Cour suprême avait accueilli ces appels, les personnes qui consomment de la marijuana à des fins médicales, y compris les personnes qui vivent avec le VIH/sida, auraient peut-être été moins disposées à renouveler les exemptions dont elles peuvent bénéficier selon le *Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales*.⁷ Dans l'état actuel des choses, les personnes qui ont besoin de ces exemptions devront continuer de s'astreindre au fastidieux processus de demande et de renouvellement annuel.⁸

Malgré l'affirmation de la cour voulant que le Parlement a le pouvoir de sanctionner la possession de marijuana, certaines initiatives législatives récentes, si elles étaient adoptées, admettraient la décriminalisation de la possession de petites quantités de marijuana. Le projet de loi C-38, *Loi modifiant la Loi sur les contraventions et la Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, remplacerait les accusations pénales par des amendes proportionnelles pour la possession de quantités de marijuana inférieures à 15 grammes. Le projet de loi, bien qu'il n'aille pas jusqu'à

la légalisation complète, éliminerait la menace d'emprisonnement pour la possession de petites quantités et réduirait les amendes actuellement prévues.⁹ Le projet de loi est cependant mort au feuillet de la Chambre des communes en novembre 2003. Par ailleurs, bien que le premier ministre Martin ait déclaré qu'il présenterait un projet de loi similaire, il a laissé entendre qu'il y aurait lieu de réduire la limite des 15 grammes, d'augmenter les amendes actuellement proposées et de prévoir des sanctions plus sévères pour les producteurs.¹⁰

– Gord Cruess

¹ *R. c. Malmo-Levine; R. c. Clay*, 2003 CSC 74.

² *R. c. Clay*, 2003 CSC 75.

³ L.R.C. 1985, c. N-1.

⁴ Partie I de la Loi constitutionnelle de 1982, Annexe B de la Loi de 1982 sur le Canada (R.U.), 1982, c. 11 (Charte). L'article 7 de la Charte se lit comme suit : « Chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne; il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale. »

⁵ *Clay*, *supra*, note 2, par. 3.

⁶ *Malmo-Levine; Caine*, *supra*, note 1, dans le préambule de l'arrêt.

⁷ DORS/2001-227, modifié par DORS/2003-387.

⁸ Dans une décision récente, *Hitzig c. Canada*, [2003] OJ No 12 (CA) (QL), la Cour d'appel de l'Ontario a jugé que certaines dispositions du Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales (RAMM) constituaient un obstacle inconstitutionnel à l'accès à la marijuana pour les personnes qui en ont besoin pour traiter une maladie reconnue. L'exigence d'un second spécialiste prévue par le RAMM pour obtenir l'autorisation de posséder de la marijuana a été invalidée, et la cour a supprimé

certaines des restrictions associées aux licences de production des personnes désignées. Pour plus de détail sur l'arrêt *Hitzig* et le RAMM, voir G. Cruess, « La Cour d'appel de l'Ontario déclare inconstitutionnelle le règlement sur la marijuana médicale », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2003, 8(3) : 59-62.

⁹ D.Thaczuk, « Ottawa propose de décriminaliser les petites quantités de marijuana », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2003, 8(2) : 24-25.

¹⁰ J. Brown, « Martin to roll his own pot bill », *The Globe and Mail*, 18 décembre 2003.

La Commission des valeurs mobilières de l'Ontario a le pouvoir d'enquêter sur un programme d'ententes viatiques

Le 27 octobre 2003, la Cour supérieure de Justice de l'Ontario a jugé que la Commission des valeurs mobilières de l'Ontario (la Commission) a le pouvoir d'ordonner le témoignage et la production de documents écrits de la part de parties qui ne sont pas enregistrées selon la Loi sur les valeurs mobilières de l'Ontario (LVM). L'arrêt *Universal Settlements International, Inc. c. Ontario (Securities Commission)*¹ est important parce qu'il reconnaît le pouvoir de la Commission d'enquêter sur des entreprises susceptibles de faire illégalement des ententes viatiques avec des personnes en phase terminale. Ce commerce non réglementé peut avoir des effets néfastes pour les personnes qui vivent avec le VIH/sida.

Les faits

Le Surintendant des Services financiers de l'Ontario a allégué que Universal Settlements International, Inc. (USI) se livrait au commerce illégal de polices d'assurance. USI a été accusée de vendre aux Ontariens des « programmes de rachat de polices d'assurance vie de personnes en phase terminale »² (communément appelées « ententes viatiques »). Ces programmes consistent en l'acquisition, par un acheteur, de la police d'assurance d'une personne malade en phase terminale. Dans ces contrats, l'acheteur paie à l'assuré un montant forfaitaire, déterminé selon la valeur de la police. En échange, l'acheteur est désigné bénéficiaire irrévocable du produit de l'assurance à la mort de

l'assuré. En Ontario, le commerce de polices d'assurances de personnes en phase terminale est actuellement illégal si l'acheteur n'est pas un assureur autorisé³. Le Surintendant des Services financiers a allégué que USI, qui n'était pas un assureur autorisé, concluait ce type de contrats avec des personnes atteintes de maladies comme le VIH/sida.⁴

Le 6 décembre 2003, le Financial Securities Tribunal a jugé que les actes de l'USI n'équivalaient pas à vendre des assurances en Ontario. La Commission des valeurs mobilières de l'Ontario a néanmoins exigé certains renseignements de l'USI pour déterminer si sa conduite était visée par la LVM. Par suite du refus de la Commission de mettre fin à l'enquête,

l'USI a engagé un recours devant le tribunal pour contester le pouvoir de la Commission d'enquêter sur ses activités.

Le jugement

La question soumise à la cour portait sur l'étendue des pouvoirs d'enquête et de surveillance de la Commission selon la LVM. USI soutenait que les pouvoirs d'enquête de la Commission prévus par l'article 11 de la LVM sont limités à la réglementation des valeurs mobilières, ce qui signifie que, pour pouvoir faire enquête sur les activités de USI, la Commission devait établir de manière irréfutable que celle-ci fait le commerce de « valeurs mobilières » au sens de la Loi.⁵ La Commission soutenait qu'elle avait le pouvoir

d'enquêter sur des activités commerciales qu'elle soupçonnait, compte tenu de son expertise à titre d'organisme réglementaire désigné par la LVM, être contraires à la Loi.

Point important, la cour a jugé que le droit concernant le commerce d'assurance vie de personnes en phase terminale était loin d'être établi, et que la question fondamentale, qui consiste à déterminer si oui ou non ces contrats constituent un commerce de valeurs mobilières, demeure sans réponse. La cour a conclu qu'elle devait respecter la décision de la Commission d'enquêter sur les activités de USI. Pour arriver à cette conclusion, elle a tenu compte de la position de la Commission à titre d'expert dans la réglementation des marchés financiers et de son rôle public important.⁶

Commentaire

Le respect manifesté par la Cour supérieure de justice de l'Ontario à l'égard du rôle de la Commission dans la protection de l'intérêt public représente une protection mince mais somme toute importante, pour les personnes qui vivent avec le VIH/sida. La décision de la cour reconnaît que les responsables de la réglementation des valeurs mobilières ont un vaste pouvoir discrétionnaire pour enquêter sur les entreprises qui peuvent se livrer à des activités commerciales douteuses

avec des personnes atteintes de maladies fatales, comme l'infection à VIH. Bien que le commerce d'assurance vie des personnes en phase terminale soit relativement peu développé au Canada, comparé aux États-Unis, il n'est pas négligeable et il comporte un grand danger de préjudice aux personnes. Dans le cas qui nous occupe, la Commission a soutenu que l'USI a des clients en Ontario, en Nouvelle-Écosse, en Colombie-Britannique et en Alberta, et que ses ventes à des résidents de l'Ontario seulement représentent environ 1 500 000\$ par année.

Les contrats entre des acheteurs non autorisés et des titulaires de polices d'assurance sont illégaux. En common law, les contrats illégaux ne sont pas exécutoires. Par conséquent, si l'acheteur faisait défaut de payer le montant complet pour la police, l'assuré n'aurait probablement pas la possibilité d'avoir recours aux tribunaux pour recouvrer les paiements non versés. Comme l'a écrit le juge Greer dans le jugement, « on peut soutenir que les membres du public qui sont touchés par ce commerce d'assurance vie des personnes en phase terminale sont les plus vulnérables; ce sont des personnes malades, souvent en phase terminale, et qui ont besoin d'argent ». [trad.]⁷ Les personnes pauvres qui vivent avec le VIH/sida sont particulièrement vulnérables face aux entreprises

non autorisées qui font le commerce d'assurance vie de personnes en phase terminale. La cause fait également ressortir la nécessité d'une concertation entre les gouvernements et les autorités réglementaires provinciales et territoriales et toutes les parties intéressées, y compris les personnes qui vivent avec le VIH/sida, sur le statut juridique et la réglementation de ce commerce.⁸

– Gord Cruess

¹ *Universal Settlements International, Inc. c. Ontario (Securities Commission)*, [2003] OJ NO 4274 (QL).

² *Ibid.*, par. 3.

³ Pour plus de renseignements sur le commerce d'assurance vie des personnes en phase terminale, voir R. Carey, « L'Ontario va développer le commerce des contrats d'assurance vie de personnes en phase terminale », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2001, 6(1/2) : 32-33. L'Ontario a proposé l'adoption de nouveaux règlements qui autoriseraient n'importe quelle entreprise à demander un permis pour faire le commerce d'assurance vie des personnes en phase terminale; voir A. Rich, « L'Ontario propose de réglementer les ententes viatiques », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2003 8(3) : 32-33.

⁴ *Universal Settlements International Inc.*, *supra*, note 1, par. 3.

⁵ *Ibid.*, par. 14.

⁶ Les trois principaux mandats de la Commission des valeurs mobilières de l'Ontario sont de « protéger les investisseurs contre des pratiques déloyales, inappropriées ou frauduleuses », de « favoriser l'équité et l'efficacité des marchés financiers, ainsi que la confiance du public dans leur intégrité ». Pour de plus amples renseignements, voir le site Web de la Commission à l'adresse suivante www.osc.gov.on.ca.

⁷ *Universal Settlements International Inc.*, *supra*, note 1, par. 15.

⁸ En Ontario, la Commission des Services financiers a consulté les intervenants intéressés et préparé un projet de règlement concernant le commerce des contrats d'assurance vie des personnes en phase terminale, mais elle n'a pas pris les moyens législatifs nécessaires pour faire adopter le règlement. Voir A. Rich, *supra*, note 3.

LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX - INTERNATIONAL

Nous présentons dans cette rubrique un résumé d'arrêts importants de la jurisprudence internationale relatifs au VIH/sida ou qui revêtent de l'importance pour les personnes qu'il affecte. La rubrique porte sur des affaires civiles et pénales. La couverture est sélective. Seuls les arrêts importants ou les jugements qui font jurisprudence sont inclus, dans la mesure où ils sont portés à l'attention de la Revue. La couverture de la jurisprudence états-unienne est très sélective. On trouve des comptes rendus d'arrêts américains dans la *AIDS Policy & Law* et dans *Lesbian/Gay Law Notes*. Les lecteurs sont invités à signaler d'autres affaires dont ils auraient connaissance à Glenn Betteridge, rédacteur en chef de cette rubrique, à gbetteridge@aidslaw.ca.

Afrique du Sud – Progrès du droit relatif au VIH/sida

L'Afrique du Sud est dotée d'un cadre juridique solide, pour la protection des personnes vivant avec le VIH/sida. Pourtant, la discrimination envers ces personnes continue d'être très répandue dans la société sud-africaine. Les décisions judiciaires rendues en 2003 dans des domaines concernant les enfants et les soins de santé rendent compte de cette discrimination persistante et du pouvoir du système juridique de l'Afrique du Sud de faire respecter les droits des personnes qui vivent avec le VIH/sida.

Les droits des enfants

La progression de l'épidémie en Afrique du Sud met en lumière certains problèmes concernant l'effet du VIH sur les enfants. Les deux cas décrits ci-après illustrent les com-

plexités relatives aux droits des enfants et au VIH/sida.

Le droit à l'égalité dans l'accès à l'éducation

L'affaire de la prématernelle Buccleuch Montessori¹ a fait couler

beaucoup d'encre lorsqu'elle a été plaidée en septembre 2002. Elle portait sur le droit de Tholakele Nkosi, alors âgée de trois ans, de fréquenter une prématernelle privée. La demanderesse dans cette cause, Karen Ferreira, la mère de famille d'accueil de Tholakele, avait décidé de révéler à l'école la séropositivité de Tholakele, croyant qu'il était dans l'intérêt de l'enfant que l'école connaisse son état.

La réaction de l'école fut étonnante compte tenu de l'étendue de l'épidémie de VIH/sida en Afrique du Sud, où il a été démontré que la

connaissance des modes de transmission était élevée. L'école a exprimé des craintes à propos de risques de transmission aux autres enfants, invoquant la possibilité de morsures, de grattage de piqûres d'insectes et de partage de sucreries. L'école a également indiqué qu'elle ne se croyait pas en mesure d'admettre un enfant séropositif, parce qu'aucun de ses enseignants n'avait reçu de formation sur la façon de traiter les enfants séropositifs. Pour contrer ces allégations, on a présenté au tribunal des déclarations sous serment d'experts concernant les risques de transmission du VIH en milieu scolaire, des documents concernant la politique de non-discrimination du ministère de l'Éducation, et des arrêts de la jurisprudence internationale.

Les parties ne s'entendaient pas sur la question de savoir si la demande d'admission de Tholakele's avait réellement été rejetée. Toutefois, l'école a reconnu qu'elle avait recommandé de reporter l'admission jusqu'au moment où elle se considérerait prête à admettre des enfants séropositifs au VIH, et jusqu'à ce que Tholakele ait « dépassé le stade où les enfants mordent ». Les avocats de l'enfant soutenaient que le report même de l'admission de Tholakele constituait de la discrimination injustifiée envers l'enfant.

La juge Lucy Mailula a conclu que, comme l'école n'avait pas pris la décision définitive d'exclure Tholakele, sa conduite ne constituait pas de la discrimination injustifiée. La juge ne s'est pas prononcée sur les implications de la recommandation de reporter l'admission de Tholakele et sur la discrimination inhérente à cette attitude, et elle a rejeté la demande avec dépens.

Du point de vue de l'AIDS Law Project (ALP), une organisation sud-africaine qui lutte contre les violations des droits de la personne et offre des services juridiques aux personnes démunies, le jugement risque de perpétuer la discrimination parce qu'il autorise une école à exclure un enfant séropositif en autant qu'elle reporte son admission plutôt que de la refuser carrément. Le jugement ne donne aucune indication quant aux critères sur lesquels le report d'admission pourrait être fondé, sa durée et les dispositions que l'école devrait prendre pour recevoir les enfants séropositifs. Le jugement peut également servir de précédent à d'autres établissements où des fournisseurs de services souhaiteraient exclure les personnes qui vivent avec le VIH/sida. Le jugement a été porté en appel.

Le jugement risque de perpétuer la discrimination : il autorise une école à exclure un enfant séropositif en autant qu'elle reporte son admission plutôt que de la refuser carrément.

Les enfants et le consentement aux tests et traitements pour le VIH

En 2002, en Afrique du Sud, 13% des enfants entre 2 et 14 ans avaient perdu leur mère, leur père, ou les deux.² La question du consentement aux tests et aux traitements relatifs au VIH deviendra donc de plus en plus problématique – compte tenu surtout du récent engagement du

gouvernement de l'Afrique du Sud d'étendre des médicaments antirétroviraux (ARV) au secteur public.

Selon la loi sud-africaine, aucun traitement médical ne peut être donné à un enfant de moins de 14 ans sans le consentement de ses parents. Le *Child Care Act* autorise le ministre du Développement social à consentir au traitement en l'absence de consentement de la part des parents ou d'un tuteur légal. En outre, un directeur médical peut consentir dans des cas urgents.³ La High Court,⁴ à titre de tuteur supérieur de tous les enfants, peut également être appelée à donner son consentement.⁵

Le Wits Paediatric HIV Working Group (WPHWG) offre des traitements et des soins aux enfants, dans le secteur public, et aux enfants et aux bébés dans des foyers pour enfants. Les foyers pour enfants sont des établissements gérés ou subventionnés par l'État, où l'on prend soin d'enfants dans le besoin. Les enfants qui vivent dans ces foyers ne sont pas tous des orphelins. Les enfants peuvent être placés dans ces foyers uniquement suivant les procédures établies dans le *Child Care Act*. De plus en plus d'enfants séropositifs qui ont besoin de traitements et de soins se présentent dans des hôpitaux sans parents ni tuteur légal. Personne n'a la capacité juridique de consentir aux traitements pour ces enfants. Une situation semblable se produit dans les foyers pour enfants, à qui la garde d'un nombre important d'enfants, particulièrement des enfants nouveau-nés, n'a pas été légalement confiée.

Le WPHWG, qui tente d'offrir des traitements et des soins de qualité à des enfants orphelins vulnérables, s'inquiète de la façon dont il faut aborder l'exigence du consentement.

À son avis, le consentement joue un rôle crucial dans la capacité des patients et des proches qui en ont soin de participer aux décisions concernant leur santé, de même que dans la protection des travailleurs de la santé.

En 2003, l'ALP a entamé des procédures légales dans trois affaires concernant des enfants et le consentement. Dans les deux premières, il demandait simplement à la High Court l'autorisation d'entreprendre un traitement antirétroviral dans le cas de cinq orphelins sans tuteurs légaux.⁶ Bien que les deux demandes aient été accordées, on a conclu qu'il

Le consentement joue un rôle crucial dans la capacité des patients et des proches qui en ont soin de participer aux décisions concernant leur santé.

serait manifestement difficile, long et coûteux de s'adresser à la High Court pour chaque enfant à l'égard duquel il est impossible d'obtenir un consentement.

L'ALP a ensuite tenté d'avoir recours aux mécanismes créés par le *Child Care Act*, selon lesquels un consentement ministériel peut être obtenu lorsqu'il est impossible d'obtenir un consentement parental. Le ministre du Développement social a répondu promptement à la première demande et a donné son autorisation relativement au traitement des cinq enfants nommés dans la lettre. Cependant, il n'a répondu à aucune des demandes subséquentes.

Par suite du défaut du ministre, l'ALP a présenté une demande à la

High Court de Johannesburg, visant à créer un mécanisme qui faciliterait les soins de ces enfants, sans affaiblir l'exigence du consentement. Le recours entrepris avait une portée beaucoup plus vaste que celle des demandes précédentes. L'ordonnance a été rendue le 5 décembre 2003. Elle autorisait les médecins associés au WPHWG à obtenir le consentement de la personne responsable des soins quotidiens de l'enfant, après avoir certifié que le test ou le traitement est dans l'intérêt supérieur de l'enfant.⁷ Cette approche est conforme aux propositions contenues dans le Children's Bill (un projet de loi qui n'a pas encore été adopté), qui accorde une reconnaissance juridique limitée aux fournisseurs de soins et leur permet de donner un consentement aux soins médicaux pour les enfants dont ils s'occupent.

Bien que la dernière cause représente un gain important pour les enfants, son application est limitée au WPHWG et ne sera d'aucun secours pour les médecins qui n'en sont pas membres. Il est peu probable que le Children's Bill soit adopté dans un proche avenir, de sorte qu'il est extrêmement important que la question du consentement soit réglée entre-temps. Si elle ne l'est pas, les médecins qui traitent les enfants séropositifs seront obligés soit de priver des avantages des ARV les enfants qui n'ont pas de tuteur, soit d'agir sans consentement. Ni l'une, ni l'autre situation n'est souhaitable.

Les soins de santé

Des plaintes portées contre des travailleurs de la santé

L'affaire *VRM c. The HPCSA*,⁸ un arrêt clé concernant le rôle du Health Professions' Council of South Africa

(HPCSA) dans la réglementation de la profession médicale, concernait une femme enceinte séropositive à qui l'on a fait subir durant sa grossesse un test de VIH sans son consentement. Le médecin qui a effectué le test n'a pas révélé le résultat du test à sa patiente, et il ne l'a pas informée des mesures qu'elle pouvait prendre pour réduire les risques de transmission périnatale du VIH. La patiente a donné naissance à un bébé mort-né, et a appris peu de temps après l'accouchement qu'elle était séropositive.

La patiente a porté plainte auprès du HPCSA. Bien que le médecin ait reconnu qu'il avait administré le test à la patiente sans son consentement et qu'il ne lui en avait pas communiqué le résultat, le HPCSA a refusé de tenir une audience disciplinaire. Son comité d'enquête préliminaire a accepté la version du médecin selon laquelle il avait agi « par compassion », et il a refusé de donner suite à l'affaire. L'ALP a présenté à la High Court une demande de révision de la décision du comité. La cour, dans un jugement rendu en 2002, a approuvé les conclusions du comité. L'ALP a porté la décision de la High Court en appel.

La cour d'appel a critiqué le défaut du HPCSA de considérer adéquatement les faits de l'affaire et a indiqué que les procédures du comité d'enquête préliminaire comportaient des lacunes. La cour s'est penchée sur le rôle de ce comité et a déclaré que celui-ci n'avait pas le pouvoir de simplement préférer la version d'un médecin à celle d'un patient (ce qu'il fait chaque fois), à moins que la preuve présentée par le médecin soit corroborée. L'affaire a été renvoyée au HPCSA pour qu'il l'étudie comme il se doit.

Durant ses 10 années d'existence, l'ALP a porté de nombreuses plaintes auprès du HPCSA contre des travailleurs de la santé. Malheureusement, aucune de ces plaintes n'a été considérée adéquatement par le HPCSA. L'ALP espère que certains de ces cas seront maintenant réexaminés à la lumière de ce jugement.

Une poursuite civile en dommages-intérêts est pendante contre le médecin.

Les plans de soins médicaux et la « non-divulgaration d'informations importantes »⁹

Les plans de soins médicaux sont une forme d'assurance médicale privée selon laquelle les membres paient une prime mensuelle et reçoivent certains avantages médicaux en échange. Selon la Medical Schemes Act les plans de soins médicaux ont le pouvoir de mettre fin à la participation d'un membre qui a caché des « informations importantes » au moment de sa demande d'adhésion au plan¹⁰. La Loi ne prévoit cependant pas de critères pour déterminer ce qui constitue des « informations importantes ». En 2003, par suite d'une demande présentée par l'ALP, le comité d'appel du Council for Medical Schemes a interprété le terme « informations importantes » pour la première fois.

Le client de l'ALP (« F.A. ») a obtenu l'adhésion à Compcare, un plan de soins médicaux, en juillet 2001. Quelques semaines après son acceptation, il a consulté un omnipraticien pour une diarrhée persistante. Le médecin lui a suggéré de subir un test de VIH. F.A. a obtenu un résultat positif pour le VIH. Deux mois plus tard, il a été hospitalisé

pour un trouble d'estomac. Pendant qu'il était à l'hôpital, il a développé un zona. Compcare a téléphoné à l'hôpital durant l'hospitalisation de F.A., et l'infirmière a, contrairement aux règles d'éthique et à la loi, révélé à Compcare sa séropositivité. Peu de temps après, Compcare a informé F.A. qu'elle mettait fin à sa participation au plan, parce que celui-ci aurait fait défaut de dévoiler des « informations importantes » dans sa demande d'adhésion. Dans la correspondance subséquente, il s'est avéré que l'information importante que mentionnait Compcare concernait sa séropositivité. F.A. maintenait catégoriquement qu'il ne connaissait pas son état au moment de la demande. Son médecin a confirmé ce fait.

Pour aider F.A., l'ALP a demandé à Compcare de rétablir sa participation au plan, et a ensuite porté plainte devant le Medical Schemes Council. Le greffier de Medical Schemes a ordonné à Compcare de rétablir la participation de F.A. au plan. Compcare a porté la décision du greffier en appel. Le Council of Medical Schemes a étudié la cause et a confirmé la décision du greffier. Compcare a demandé au comité d'appel du Council for Medical Schemes d'instruire l'affaire. En appel, Compcare a soutenu que le défaut de F.A. de révéler (a) qu'il était séropositif; ou (b) qu'il avait été traité pour une infection transmissible sexuellement (ITS) en décembre 1999; ou (c) qu'il avait reçu un traitement médical pour une sinusite, une bronchite et une laceration aux yeux quelques semaines avant de présenter sa demande de participation à Compcare; ou (d) qu'il avait reçu un traitement médical pour une infection thoracique

une semaine avant de demander son adhésion à Compcare, constituait une omission de dévoiler des informations importantes.

Le comité d'appel a donné gain de cause à F.A. et a ordonné à Compcare de rétablir sa participation au plan. Dans sa décision, le comité d'appel a conclu que F.A. n'avait aucune obligation de dévoiler le fait qu'il avait été traité pour une ITS 12 mois avant sa demande. Il a également conclu que les informations relatives au traitement de « troubles aigus à traitement immédiat » sans rapport avec un état chronique ne sont pas des informations importantes et qu'il n'est pas nécessaire de les divulguer. Finalement, le comité d'appel a conclu que les troubles chroniques peuvent être considérés importants du point de vue de la divulgation.

Grâce à cette décision, on peut soutenir que les plans de soins médicaux ne peuvent pas exercer de discrimination contre leurs membres pour le motif qu'ils n'ont pas dévoilé un trouble médical diagnostiqué ou traité 12 mois avant la présentation de leur demande de participation au plan, et qui n'existait pas au moment de la demande. Cette information n'est pas considérée « importante ». De plus, il y a maintenant un fondement juridique pour appuyer l'argument voulant qu'il n'existe pas d'obligation de dévoiler des troubles aigus à traitement immédiat présents au moment de la demande, s'ils ne sont pas chroniques.

– Liesl Gertholtz et Marlise Richter

Liesl Gertholtz est avocate et directrice du service juridique de l'AIDS Law Project, Centre for Applied Legal Studies, University of the Witwatersrand. On peut la joindre à gertholtzl@law.wits.ac.za.

Marlise Richter est agent de recherche pour l'ALP. On peut la joindre à RichterM@law.wits.ac.za.

¹ Karen Perreira c. Sr Helga's Nursery School and another, dossier no 02/4377.

² O. Shisana et coll., Nelson Mandela/HSRC Study of HIV/AIDS: South African National HIV Prevalence, Behaviour Risks and Mass Media. Household Survey

2002, Cape Town, Human Science Research Council Publishers, 2002, p. 67.

³ Act 74 of 1983, art. 39.

⁴ Il y a au moins une High Court dans chaque province de l'Afrique du Sud.

⁵ *Supra*, note 3.

⁶ Ex parte application of Nigel Redman N.O., dossier no 14083/03, et Ex parte application of Nigel Redman N.O., dossier no 18476/03.

⁷ Dossier no 29172/03 (non publié)

⁸ Dossier no 1679/02, High Court of South Africa (Transvaal Provincial Division).

⁹ La présente section est la traduction d'un extrait légèrement remanié de: T. Motebele et M. Richter; « Medical aid schemes, HIV status and material non-disclosure », *South African Medical Journal*, 2003, 93(10) : 775-776.

¹⁰ Act 131 of 1998, art. 29.