

Réseau juridique canadien VIH/sida

REVUE VIH/SIDA, DROIT ET POLITIQUES

VOLUME 14, NUMÉRO 3, JUIN 2010

La pénalisation de l'exposition au VIH ou de sa transmission dans le contexte de l'Afrique de l'Ouest et Centrale francophone

De plus en plus d'États ont recours à la pénalisation de l'exposition au VIH ou de sa transmission.¹ Cette tendance déjà bien connue des pays à revenu élevé comme le Canada, les États-Unis ou plusieurs pays européens, prend une ampleur tout à fait particulière sur le continent africain où de nombreuses lois nationales sur VIH/sida prévoient des sanctions pénales en cas d'exposition au VIH ou de sa transmission.

Introduction

Bien qu'à ce jour, aucun élément ne permette d'établir que le recours à la pénalisation est un outil efficace pour lutter contre l'épidémie et que de nombreux experts, dont l'ONUSIDA, ont exprimé leur inquiétude quant à son impact sur les droits des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et les efforts de prévention, un seul pays a amendé sa législation nationale pour limiter plus strictement le recours au droit pénal² et de nombreux projets prévoyant la pénalisation de l'exposition au VIH ou de sa transmission sont encore sur la table de parlementaires.

L'Afrique de l'Ouest et Centrale francophone n'a pas échappé à cette vague législative. À notre connaissance, 13 États ont adopté des lois

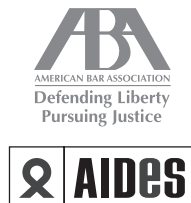
voir page 5

Dans ce numéro

Droit des HRSH en Afrique francophone	14
Kenya — Le gouvernement crée un tribunal dédié aux enjeux liés au VIH	27
L'Institut national de santé publique du Québec se dit en faveur de services d'injection supervisée	24
Afrique du Sud — Une nouvelle politique ouvre de nouveaux horizons aux soldats séropositifs	29
La Cour d'appel de Colombie-Britannique confirme le droit du site d'injection supervisé de poursuivre ses activités	19
Malawi — Le premier mariage homosexuel célébré au pays donne lieu à des accusations criminelles	55



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



Cette publication est rendue possible grâce à l'appui financier partiel de l'Agence de la santé publique du Canada

REVUE VIH/SIDA, DROIT ET POLITIQUES

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

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

Directeur de la rédaction :
David Cozac, dcozac@aidslaw.ca

Rédactrice en chef, Développements au Canada :
Cécile Kazatchkine, ckazatchkine@aidslaw.ca

Rédactrice en chef, Développements internationaux :
David Cozac, dcozac@aidslaw.ca

Rédactrice en chef, Le VIH/sida devant les tribunaux — Canada :
Sandra Ka Hon Chu, schu@aidslaw.ca

Rédactrice en chef, Le VIH/sida devant les tribunaux — International :
Patricia Allard, pallard@aidslaw.ca

Coordonnateur : Vajdon Sohaili

Traducteurs : Roger Caron, Jean Dussault, Josée Dussault,
Rafael A. Wugalter

Mise en page : Liane Keightley

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 2010. Le Réseau encourage la diffusion de l'information contenue dans cette Revue et il permet d'en reproduire du matériel pour peu que l'origine et la source en soient mentionnées. La rédaction apprécierait que lui soit fourni un exemplaire des publications dans lesquelles des extraits de la Revue sont utilisés.

ISSN 1712-624X

Abonnements

La *Revue VIH/sida, droit et politiques* est publiée trois fois l'an. Pour s'abonner, écrire aux coordonnées ci-dessus.

Abonnement annuel :

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

Numéros individuels et antérieurs :

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

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

Pour information sur l'adhésion, écrire aux coordonnées ci-dessus ou visiter la page www.aidslaw.ca/devenezmembre

Les opinions exprimées dans cette publication relèvent uniquement de leurs auteurs/chercheurs et ne reflètent pas nécessairement les politiques ou positions officielles d'AIDES, de l'Agence de la santé publique du Canada, de l'American Bar Association ou du Réseau juridique canadien VIH/sida.

Au sujet du Réseau juridique canadien VIH/sida

Le Réseau juridique canadien VIH/sida (www.aidslaw.ca) œuvre à la promotion des droits humains des personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH, au Canada et dans le monde, par ses travaux de recherche, d'analyse juridique et des politiques, d'éducation et de mobilisation communautaire. Le Réseau juridique est l'organisme chef de file au Canada sur les enjeux juridiques et de droits de la personne liés au VIH/sida.

Au sujet d'AIDES

Créée en 1984 et reconnue d'utilité publique en 1990, AIDES est la première association française de lutte contre le sida. Dès son origine, l'objectif de l'association a été de réunir les personnes touchées directement ou indirectement par le sida afin de leur permettre de s'organiser face à ce nouveau fléau. Notre philosophie est de dire que les personnes infectées ou affectées ne sont pas là pour faire de la figuration, elles sont là pour initier et mener des actions, participer de façon active aux systèmes de santé et être associées aux grandes décisions de santé publique qui les concernent.

Au sujet de l'American Bar Association

Comptant plus de 413 000 membres, l'American Bar Association (www.abanet.org) est la plus importante association professionnelle volontaire au monde. À titre de représentante nationale de la profession juridique aux États-Unis, elle travaille à améliorer l'administration de la justice; fournit des programmes d'assistance aux avocats et juges; accrédite des écoles de droit; offre une formation continue en droit; et cherche à rehausser la compréhension du public, à travers le monde, quant à l'importance de la suprématie du droit dans une société démocratique.

Des commentaires?

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

TABLE DES MATIÈRES

DOSSIERS

La pénalisation de l'exposition au VIH ou de sa transmission dans le contexte de l'Afrique de l'Ouest et Centrale francophone	1
Droit des HRSH en Afrique francophone et lutte contre le sida : l'hypocrisie de certains États	14

DÉVELOPPEMENTS AU CANADA

Colombie-Britannique — Un projet vise à améliorer l'accès aux traitements et aux soins pour le VIH dans des populations difficiles à joindre	19
Annulation d'un projet de 88 millions \$ pour la recherche de vaccin contre le VIH	20
Des enquêtes mettent au jour la discrimination en milieu de travail au Québec à l'encontre de personnes vivant avec le VIH/sida	22
Le traumatisme historique contribue aux taux élevés d'hépatite C parmi les jeunes Autochtones	23
En bref	24
L'Institut national de santé publique du Québec se dit en faveur de services d'injection supervisée	
La prorogation du Parlement bloque la progression de lois sur les drogues	
Un règlement de la Ville de Québec qui touche notamment les instruments pour l'usage de drogue pourrait entraver les programmes de réduction des méfaits	

DÉVELOPPEMENTS INTERNATIONAUX

Kenya — Le gouvernement crée un tribunal dédié aux enjeux liés au VIH	27
Afrique du Sud — Une nouvelle politique ouvre de nouveaux horizons aux soldats séropositifs	29
En bref	30
Corée du Sud — Levée trompeuse de l'interdiction de séjour aux personnes séropositives	
Zimbabwe — Le processus de réforme constitutionnelle : une occasion de protéger les droits des personnes séropositives	
Australie — Des politiques nationales sur le VIH et les réfugiés sont jugées discriminatoires	
Tadjikistan — Mise à l'essai de programmes d'échange de seringues en prison	

.../4

LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX — CANADA

La Cour d'appel de Colombie-Britannique confirme le droit d'un site d'injection supervisé de poursuivre ses activités	33
La Cour de justice de l'Ontario rejette le recours collectif de personnes notifiées d'une exposition à la tuberculose	35
Un jury du coroner recommande l'amélioration des soins accordés aux détenus séropositifs	37
La Cour supérieure de justice de l'Ontario annule une poursuite civile contre Toronto et l'Ontario pour défaut de protéger le demandeur contre la contamination par le VIH	38
La demande de statut de réfugié d'un couple de Zimbabwéens séropositifs est acceptée compte tenu de l'appartenance politique	40
La Cour fédérale rejette l'appel dans un cas de résidence permanente, pour le motif que les engagements personnels de payer pour le traitement du VIH ne sont pas exécutoires	41
La Cour fédérale ordonne l'examen du plan de candidats à l'immigration pour obtenir une assurance couvrant les médicaments pour le VIH	42
Droit criminel et cas de transmission du VIH ou exposition	44

LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX — INTERNATIONAL

Afrique du Sud — Le président de l'aile jeunesse de l'ANC est déclaré coupable d'avoir tenu des propos haineux	49
Inde — Un tribunal tranche un litige de droits de propriété en faveur d'une veuve séropositive	51
Équateur — Un travailleur séropositif poursuit son employeur pour discrimination	52
Droit criminel et cas de transmission du VIH ou exposition	54
En bref	55
Malawi — Le premier mariage homosexuel célébré au pays donne lieu à des accusations criminelles	
Inde — La Cour suprême recommande la légalisation de la prostitution	
Bombay — La Haute Cour demande au gouvernement d'envisager d'autoriser les visites conjugales	
Une enseignante chinoise est condamnée à trois ans de prison pour avoir agressé des élèves avec une seringue	

La pénalisation de l'exposition au VIH ou de sa transmission dans le contexte de l'Afrique de l'Ouest et Centrale francophone

de la page 1

nationales sur le VIH comprenant des dispositions pénales sur l'exposition au VIH ou sa transmission.³ Trois projets de loi sont encore en discussion en Côte d'Ivoire, au Cameroun et en République du Congo.

La question de la pénalisation est particulièrement difficile dans la région puisqu'elle est abordée dans le cadre de lois sur le VIH comportant aussi d'énormes avancées pour les droits des PVVIH. Ces projets ont d'ailleurs souvent été soutenus par des associations de lutte contre le sida qui les ont même parfois initiés.⁴

Nous tenterons ici d'en comprendre les objectifs et d'analyser ses effets directs et indirects sur la lutte contre l'épidémie et sur les droits des PVVIH dans le contexte particulier de l'Afrique de l'ouest et centrale francophone. Nous donnerons ensuite un aperçu des réactions internationales et nationales face à la multiplication de ces législations prévoyant la pénalisation de l'exposition au VIH ou sa transmission dans la région. Notre analyse sera guidée par les témoignages recueillis auprès d'organisations de lutte contre le sida travaillant en Afrique francophone.

Légiférer pour protéger les droits des personnes séropositives et séronégatives face au VIH

La volonté des pays africains d'adopter des législations nationales sur le VIH/sida, en Afrique francophone, répond tout d'abord à l'engagement

international des États à développer des législations favorisant le respect des droits des PVVIH inscrit dans la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida* de l'Assemblée générale des Nations Unies en 2001⁵ et confirmé dans la *Déclaration politique sur le VIH/sida* de l'Assemblée générale en 2006.⁶

La loi type N'Djamena comporte des dispositions préoccupantes sur la « transmission volontaire du VIH ».

C'est dans ce contexte, que plusieurs États d'Afrique occidentale se sont rencontrés en septembre 2004, dans le cadre d'un atelier organisé par « Action for West Africa Region–HIV/AIDS » (AWARE-HIV/AIDS)⁷ à N'Djamena (Tchad). Après trois jours de discussions, les participants ont adopté un projet de loi type sur le VIH/sida dont l'objectif était de protéger les droits des PVVIH et de celles qui sont exposées au VIH. Ce projet devait permettre de faciliter l'adoption de lois similaires adaptées à chacun des États de la région.

En réalité, nombreux sont les États qui ont adopté des législations nationales calquées sur la loi type. Or, si celle-ci comporte des dispositions positives en matière de lutte contre les discriminations à l'encontre des PVVIH ou encore de dépistage, elle comporte également des dispositions préoccupantes⁸ prévoyant, notamment, la pénalisation de la « transmission volontaire du VIH »⁹ et l'obligation de divulguer sa séropositivité à son partenaire dans un délai de six semaines.¹⁰

Les lois nationales adoptées à la suite de cet atelier entendent elles aussi répondre à un double objectif : protéger les droits des PVVIH et des personnes exposées à l'infection. Ces lois nationales sont généralement fondées sur le principe selon lequel les PVVIH ont des droits mais aussi des devoirs, incluant celui de ne pas transmettre le VIH à ses partenaires.¹¹ La pénalisation de la transmission du VIH s'inscrit dans cette logique.

Certaines associations de PVVIH ont soutenu cette approche. Ainsi, Maggy Gouna, ancienne présidente de l'association Espoir Vie Togo ayant initié la loi sur la protection des PVVIH, expliquait dans un entretien en 2006 que si la « possibilité de condamner des individus connaissant leur séropositivité et ayant des rapports non protégés figurait dans [leur] avant-projet de loi » c'est parce que les « personnes vivant avec le VIH n'ont pas que des droits, elles ont aussi des devoirs.¹² »

D'autres cependant, n'ont pas adhéré à une telle approche, considérant qu'elle risquait d'« insinuer que les personnes vivant avec le VIH sont inconscientes » ce qui risquait de « renforcer la stigmatisation à leur égard » comme l'a souligné Jean-Marie Talom, Président de l'association REDS (réseau éthique, droit et santé) au Cameroun.¹³ En effet, une telle approche semble ignorer que la très grande majorité des PVVIH souhaitent protéger leurs partenaires contre le VIH indépendamment de ce que peut prévoir la loi.¹⁴

La pénalisation de l'exposition au VIH ou de sa transmission en Afrique occidentale et centrale s'inscrit dans un contexte particulier dont il convient de tenir compte si l'on souhaite en comprendre les fondements. Tout d'abord, elle s'inscrit dans un contexte d'épidémie grave du VIH¹⁵ où les effets de la prévention sont encore limités par manque de ressources, de volonté politique et par des obstacles culturels. D'autre part, l'accès aux traitements est encore insuffisant malgré les progrès observés depuis quelques années.¹⁶ Le sida peut donc encore résonner comme une « condamnation à mort » pour de nombreuses personnes infectées.

Enfin, ces législations se développent dans un contexte de crise de violences contre les femmes les rendant particulièrement vulnérables au VIH. La pénalisation est perçue comme un moyen d'y remédier et c'est pourquoi de nombreuses organisations de femmes en Afrique continuent de soutenir la pénalisation de la transmission du VIH.¹⁷ Pénaliser l'exposition au VIH ou sa transmission est aussi un moyen pour les États de donner l'impression d'agir contre le VIH quand il est considérablement plus difficile de lutter efficacement contre les discrimi-

nations dont souffrent les groupes les plus vulnérables (incluant les femmes, les hommes ayant de rapports sexuels avec des hommes, les travailleuse(r)s du sexe) et de garantir l'accès pour tous à la prévention, aux traitements et aux soins.

La pénalisation de la transmission et/ou de l'exposition au VIH : les dispositions législatives en vigueur

La loi type N'Djamena

Les dispositions pénales inscrites dans les lois nationales ont été rédigées sur le modèle de la loi type N'Djamena, contrairement aux directives internationales qui recommandent de ne pas créer de délit spécifique au VIH.¹⁸

La loi type sanctionne la transmission volontaire du VIH qu'elle définit comme « tout attentat à la vie d'une personne par l'inoculation de substances infectées par le VIH, de quelque manière que ces substances ont été employées ou administrées et quelles qu'en aient été les suites. »¹⁹ Il est également précisé que l'infection peut se produire en raison de rapports sexuels, de transfusion de sang, de partage de seringues, d'instruments qui percent la peau, et de la mère à l'enfant.²⁰

Cette définition est extrêmement large et comporte d'importantes lacunes. Tout d'abord, le terme « volontaire » n'est pas clairement défini. À la lecture de la loi, le simple fait d'inoculer des substances infectées serait suffisant pour constituer une infraction. Rien n'indique qu'il doit y avoir une intention délibérée de transmettre le VIH ou, tout du moins, que l'inoculation de substances infectées soit faite, sciemment,

c'est-à-dire en connaissance de cause. L'infraction n'a donc rien de « volontaire ».

Ceci est d'autant plus vrai que la loi type sanctionne la transmission du VIH sans égard 1) au fait que la personne savait ou non qu'elle était infectée par le VIH et qu'elle connaissait ou non le risque de transmission; 2) au risque réel de transmission; 3) à la divulgation ou non de sa séropositivité à son/sa partenaire; 4) aux précautions prises ou non pour éviter l'infection; 5) au contrôle que la PVVIH avait sur le degré de risque dans les circonstances (ex : possibilité de négocier le port d'un condom).²¹

Les dispositions pénales sur la transmission du VIH sont extrêmement larges et comportent d'importantes lacunes.

En outre, l'expression « de quelque manière » est tellement vague qu'elle peut être appliquée à la transmission de la mère à l'enfant, y compris *in utero* ou pendant le travail ou l'accouchement, sans égard aux précautions prises pour réduire le risque de transmission, ni au risque réel encouru.²²

Enfin, la notion de « transmission » de l'expression « transmission volontaire », porte elle-même à confusion, puisqu'elle pourrait aussi inclure la seule exposition au VIH.

En effet, il peut y avoir « inoculation de substances infectées » sans contamination.

Il convient de noter à ce titre une différence importante avec la version anglaise qui elle, en revanche, définit la transmission volontaire comme étant la transmission du virus VIH par n'importe quel moyen par une personne ayant pleine connaissance de son statut.²³ Dans la version française de la loi, la portée des dispositions pénales a donc été considérablement étendue du seul fait de leur mauvaise rédaction. Si l'intention des participants à l'atelier était de ne sanctionner que les personnes ayant délibérément infecté leur partenaire, l'objectif est dangereusement manqué.

Les législations nationales

On ne peut que regretter que les lois nationales adoptées dans la précipitation comportent les mêmes lacunes. Comme le souligne Jean-Marie Talom, « les pays africains sont allés très vite sur la question de la pénalisation, sans débat préalable sur les enjeux éthiques et juridiques qu'elle soulève... Ce travail à la va-vite a été facilité par l'existence des lois types, qui ont encouragé les États à remplir les cases manquantes sans s'interroger sur l'opportunité des dispositions envisagées.²⁴ »

La majorité des lois nationales condamnent à la fois la transmission du VIH (i.e. : contamination) et la simple exposition au virus. Dans certains cas, la loi distingue explicitement l'exposition au VIH de la transmission, comme au Niger où elle punit « quiconque aura sciemment exposé autrui à un risque de transmission²⁵ ».

Cependant, le plus souvent, la pénalisation de l'exposition se déduit, soit de l'interdiction pour les PVVIH

d'avoir des rapports non protégés ou à risque, comme au Togo²⁶ et au Bénin²⁷ (en cas de non divulgation au partenaire), soit par le fait de sanctionner l'inoculation de substances infectées « quelle qu'en aient été les suites », comme en Guinée²⁸ et au Mali.²⁹ Cette dernière formulation a été reprise de la loi type.

Les sanctions pénales dépassent le cas de la transmission délibérée du VIH ayant effectivement entraîné une infection.

Tout comme dans la loi type N'Djamena, la plupart des dispositions nationales prévoient des infractions de transmission volontaire sans que l'intention délibérée de transmettre le virus ne soit requise. En outre, la plupart des dispositions ne contiennent aucune limite et s'appliquent, par exemple, sans distinction aux PVVIH ayant pris certaines protections pour protéger leur partenaire contre le VIH et/ou lui ayant divulgué leur séropositivité. La plupart des dispositions nationales sont tellement vagues qu'elles peuvent aussi s'appliquer à la transmission du VIH de la mère à l'enfant.³⁰

Il est clair, à la lecture de ces dispositions, que les éléments de prévisibilité, d'intention, de causalité et de consentement ne sont pas clairement stipulés dans la loi comme le recom-

mandent les *Directives internationales*.³¹ La portée des sanctions pénales en devient considérable et dépasse largement les seuls cas de transmission délibérée du VIH ayant effectivement entraîné une infection.

La large portée de la pénalisation est d'autant plus préoccupante lorsque la loi, comme c'est le cas de la loi type N'Djamena, oblige une personne séropositive à divulguer son statut à son partenaire et, à défaut, oblige le personnel de santé à révéler cette information sans égard au degré de risques de transmission encourus ou encore, à la possibilité pour la personne séropositive de révéler son statut en toute sécurité.

Il s'agit très certainement d'une atteinte injustifiée à la vie privée qui expose les PVVIH à la stigmatisation, à la discrimination, à la violence et aux abus.³² En outre, elle devient une obligation insoutenable lorsque les PVVIH sont susceptibles d'être poursuivies pour avoir exposé ou transmis le VIH sans que l'intention délibérée de transmettre ou d'exposer autrui au VIH ne soit requise et que le fait d'avoir révélé sa séropositivité à son partenaire ne permette pas d'écarter des poursuites criminelles. Une telle obligation de divulguer sa séropositivité pourrait avoir comme conséquence de décourager les gens de se faire tester de peur d'être poursuivis pour exposition au VIH ou sa transmission. L'impact de la pénalisation sur le dépistage reste toutefois peu connu à ce jour.

Certaines législations nationales ont repris les dispositions de la loi type imposant une obligation générale aux PVVIH de divulguer leur séropositivité à leur partenaire. À défaut, le personnel de santé doit ou peut, selon les différents textes, révéler l'état de santé de son patient. Les

dispositions nationales en matière de violation de la confidentialité restent souvent très larges et peu protectrices des droits des PVVIH.³³

Législations sanctionnant pénalement l'exposition au VIH ou sa transmission : effets directs limités

Aucune donnée ne nous permet aujourd'hui de démontrer l'impact de ces législations sur l'épidémie de VIH en Afrique de l'Ouest et Centrale francophone. Nous ne sommes donc pas en mesure de dire si ces législations ont permis de réduire les comportements à risque, ou d'empêcher de nouvelles infections. Selon les témoignages recueillis auprès de plusieurs associations de soutien aux PVVIH en Afrique francophone, l'impact direct de ces législations ne pourrait être que limité puisque leurs dispositions sont encore très mal connues des populations. Il est donc peu probable qu'elles influencent leurs comportements.³⁴

À notre connaissance, pratiquement aucune poursuite n'a été enregistrée en Afrique de l'Ouest et Centrale francophone contre des PVVIH pour avoir transmis ou simplement exposé autrui au VIH, bien que la portée des dispositions législatives soit souvent très large. Le Burkina Faso fait état de deux affaires fondées sur la loi nationale sur le VIH. Il est intéressant de noter que ces deux affaires concernaient des femmes, et que celles-ci, d'abord accusées d'avoir volontairement tenté de transmettre le VIH, ont finalement été poursuivies et jugées en vertu de dispositions pénales non spécifiques au VIH. Les dispositions générales du code pénal se sont donc révélées suffisantes pour sanctionner des comportements considérés comme délic-

teux ou criminels liés au VIH.³⁵ Par ailleurs, le Togo enregistrerait quatre cas de poursuites criminelles et deux condamnations.

Comme déjà mentionné, les poursuites seraient encore rares parce que la loi est mal connue des populations, que celles-ci ont un accès limité à la justice et qu'en outre, il n'est pas dans les habitudes de porter plainte.³⁶

Selon Brigitte Palenfo de l'association REV+ au Burkina Faso, l'absence de poursuites judiciaires s'expliquerait aussi par le fait que la majorité des personnes séropositives ne souhaite pas révéler publiquement leur maladie. Plusieurs associations ont aussi souligné que les PVVIH faisaient encore l'objet d'importantes discriminations de la part de la police, les décourageant de porter plainte.

Malgré la large portée des dispositions pénales, très peu de poursuites judiciaires ont été enregistrées.

Selon Bintou Bamba, de l'association des femmes de Guinée pour la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles et le sida (ASFEGMASSI) les femmes seraient particulièrement discriminées et risqueraient d'être plus tard abandonnées par leur famille et leur conjoint pour avoir porté plainte à la police. Par ailleurs, les associations de soutien aux PVVIH semblent elles-

mêmes réticentes à l'idée d'accompagner une « victime » à porter plainte car cela reviendrait à « attaquer les siens ».³⁷ L'ensemble de ces éléments expliquent en partie pourquoi une personne nouvellement infectée est peu susceptible de s'adresser à la justice.

Une association togolaise a également souligné l'absence de volonté politique d'appliquer les dispositions pénales relatives à l'exposition au VIH ou sa transmission. Ces lois auraient été rédigées pour donner l'impression que des mesures concrètes avaient été prises pour lutter contre l'épidémie mais sans réelle intention de les appliquer. D'ailleurs, certaines lois nationales sur le VIH/sida, comme au Togo, tardent à être mises en œuvre à défaut de l'adoption rapide de décrets d'application.³⁸ Reste que les dispositions pénales existent et sont posées. Elles peuvent donc, à tout moment, être appliquées ou utilisées comme moyen de pression sur les PVVIH.

Beaucoup d'associations considèrent également que ces législations sont en décalage avec les réalités locales en matière de santé et de justice, ce qui les rend bien souvent inapplicables. L'accès limité à la loi et à la justice a déjà été mentionné. Les associations ont également souligné qu'il était contradictoire de pénaliser l'exposition au VIH ou sa transmission lorsque l'accès au dépistage, aux traitements ainsi qu'aux moyens de prévention n'est pas garanti.³⁹

À titre d'exemple, bien que le Burkina Faso s'est efforcé de rendre les contraceptifs plus disponibles, et notamment les préservatifs féminins, leur coût reste encore très dissuasif et beaucoup, en particulier les femmes sans revenus propres, n'y ont pas accès.⁴⁰ Le dépistage du VIH serait aussi souvent limité aux seuls

examens prénataux.⁴¹ Les hommes seraient donc peu susceptibles de se faire dépister.

À ces obstacles pratiques s'ajoutent des obstacles culturels. Selon un rapport d'Amnistie internationale au Burkina Faso, l'opposition à la contraception, incluant l'usage de préservatifs, est encore très présente car elle est souvent ancrée dans le rôle traditionnel assigné à la femme et dans le fait que les enfants sont généralement considérés comme source de richesse.⁴²

D'autres facteurs rendent ces législations difficiles à appliquer. Il s'agit, entre autres, de la portée large et vague de leur champ d'application. Leur mauvaise rédaction ne permet pas toujours d'identifier clairement les comportements qui justifieraient que la police et le système judiciaire investissent leurs moyens et ressources dans des poursuites criminelles.

Les législations prévoyant la pénalisation de l'exposition au VIH ou de sa transmission semble avoir été rédigées sans tenir compte de ces réalités.

Enfin, il paraît peu probable que les États disposeront de moyens suffisants et satisfaisants pour juger les affaires de « transmission du VIH ». Il est en effet particulièrement difficile, voire impossible, de prouver avec certitude qu'une personne est à l'origine de l'infection de son partenaire (notamment en cas de pluralité de partenaires).⁴³ L'établissement de la culpabilité risque donc d'être basé sur la seule crédibilité de l'une ou l'autre partie.

Effets indirects préoccupants et bien réels

Le fait que les dispositions législatives prévoyant la pénalisation de la transmission ou de l'exposition du

VIH semblent difficilement applicables, et peu appliquées, ne signifie pas qu'elles sont sans conséquence sur les droits des PVVIH et les efforts de prévention.⁴⁴ Elles risquent par exemple de décourager davantage les personnes à se faire dépister, en particulier lorsque les traitements sont peu accessibles.

Les dispositions législatives prévoyant la pénalisation de l'exposition au VIH pourraient décourager les personnes de se faire dépister.

Selon Jean-Marie Talom, de l'association REDS au Cameroun, « la séropositivité devient une épée de Damoclès pour ceux qui veulent connaître leur statut ⁴⁵ ». Ces dispositions risquent également de dissuader des personnes séropositives de divulguer leur état à leur partenaire, d'autant plus si le fait de révéler sa séropositivité est sans incidence sur les risques de poursuites criminelles. Elles sont aussi susceptibles de porter atteinte à la relation de confiance établie entre le médecin et son patient, ce dernier pouvant craindre que les informations révélées à son médecin soient plus tard utilisées contre lui.

Enfin, certaines dispositions, du fait de leur large portée et de leur mauvaise rédaction contredisent directement les messages de

santé publique en sanctionnant des comportements considérés comme responsables. Ainsi au Mali, une PVVIH peut être pénalement poursuivie alors même qu'elle a pris soin de réduire les risques de transmission en utilisant un préservatif pendant ses rapports sexuels. Concernant les droits de PVVIH, il est à craindre que des dispositions pénales spécifiques au VIH, renforcent la stigmatisation et les discriminations à l'encontre des PVVIH car elles alimentent les idées reçues selon lesquelles les PVVIH seraient immorales et les désignent comme des criminels potentiels.

L'impact sur les femmes

Par ailleurs, le droit pénal risque d'avoir un impact disproportionné sur les femmes et de renforcer leur vulnérabilité. L'ensemble des associations interrogées ont exprimé de vives inquiétudes à ce sujet. En effet, la femme est généralement la première dans un couple, si ce n'est la seule, à découvrir sa séropositivité puisque les examens prénataux impliquent aussi souvent que possible un dépistage du VIH. Les femmes sont donc plus facilement exposées au risque de poursuites criminelles. Par ailleurs, les femmes n'ont souvent pas les moyens de se protéger et de protéger leurs partenaires.

Comme nous l'avons déjà souligné, certaines femmes sont encore soumises à d'importantes pressions d'ordre culturel qui les poussent à avoir beaucoup d'enfants, et ce particulièrement en zone rurale.⁴⁶ Ces pressions rendent difficile la négociation des rapports sexuels avec leurs partenaires ainsi que l'utilisation de moyens contraceptifs, tels que le préservatif. Certaines femmes séropositives risquent également d'être victimes de violences, d'abus ou

d'abandon, si elles révèlent leur statut à leur partenaire. Dans ces conditions, il leur est impossible de leur demander de porter un préservatif.

De nombreuses femmes sont également victimes de violences conjugales, incluant des violences sexuelles, ce qui les prive, encore une fois, de tout pouvoir décisionnel concernant leur vie sexuelle.⁴⁷ Ces quelques exemples montrent à quel point l'usage du droit pénal est susceptible de se retourner contre les femmes au lieu de les protéger.⁴⁸ Ceci est encore plus vrai, lorsqu'il sanctionne expressément ou implicitement la transmission du VIH de la mère à l'enfant.⁴⁹

Le droit pénal risque d'avoir un impact disproportionné sur les femmes et de renforcer leur vulnérabilité.

Enfin, la possibilité qui est souvent offerte au personnel médical de révéler la séropositivité d'une personne à son conjoint doit être lue en tenant compte de la situation particulière des femmes. Une telle possibilité pour les médecins, lorsqu'elle n'est pas assez encadrée, peut se révéler dangereuse si la sécurité des femmes séropositives, en cas de divulgation, n'est pas garantie.

Réponses internationales

L'utilisation du droit pénal en cas d'exposition au VIH ou de sa trans-

mission est de plus en plus répandue dans le monde. Face à cette tendance, l'ONUSIDA, qui avait déjà recommandé de ne pas créer d'infractions spécifiques au VIH pour éviter d'accroître la stigmatisation à l'encontre des PVVIH,⁵⁰ a établi, en août 2008, un document de politique générale sur la criminalisation du VIH. Ce document préconise de « limiter l'application du droit pénal aux cas de transmission intentionnelle, par exemple, lorsqu'une personne se sait séropositive, qu'elle agit avec l'intention de transmettre le VIH, et qu'elle le transmet effectivement. »⁵¹

En ce qui concerne plus spécifiquement la loi type N'Djamena et les législations nationales VIH adoptées en Afrique subsaharienne, l'ONUSIDA a publié un document proposant des modifications à certains articles problématiques de la loi type. En ce qui concerne la pénalisation, les modifications proposées tiennent compte de la volonté de la majorité des législateurs de prévoir une infraction sanctionnant la transmission ou l'exposition du VIH.

Il s'agit principalement de limiter les effets négatifs de telles dispositions. Les recommandations de modification prévoient par exemple d'exclure l'application du droit pénal en cas de relation protégée, en cas de divulgation préalable de la séropositivité au partenaire, lorsqu'une personne séropositive ne peut révéler son statut de crainte d'être victime d'abus ou de violence ou encore en cas de transmission de la mère à l'enfant.⁵²

Dans le même temps, l'ONUSIDA a soutenu l'organisation d'ateliers dans plusieurs États de la région pour encourager la mise en œuvre de ses recommandations.

Enfin, le débat sur la pénalisation de l'exposition au VIH ou sa trans-

mission a également été très présent lors de la conférence internationale sur le sida à Mexico en août 2008.

Réponses nationales

La place de la société civile d'Afrique de l'Ouest et Centrale francophone dans le débat sur la pénalisation de l'exposition au VIH ou de sa transmission diffère d'un pays à l'autre. La position des associations de soutien aux PVVIH et de lutte contre le VIH sur cette question est également variable. Certaines associations ont directement initié les réformes législatives visant à sanctionner pénalement l'exposition au VIH ou sa transmission, d'autres les ont soutenues avec l'espoir qu'elles pourraient améliorer la situation des femmes, d'autres encore se sont opposées à de telles réformes.

Selon les témoignages recueillis, il semble toutefois que la grande majorité des associations de soutien aux PVVIH dans la région sont passées à côté du débat sur la pénalisation, leur intention étant concentrée sur d'autres dispositions des lois nationales sur le VIH plus urgentes, comme celles sur la lutte contre les discriminations. D'autre part, les associations n'auraient pas été suffisamment informées et outillées pour bien appréhender les enjeux de la pénalisation et s'impliquer dans le processus de réformes législatives.⁵³ Par ailleurs, plusieurs associations ont également exprimé leurs difficultés à trouver un consensus au sein même de leur organisation sur la question de la pénalisation.⁵⁴

Certaines associations se sont cependant beaucoup impliquées dans les réformes législatives relatives au VIH et notamment sur la question de la pénalisation. Ainsi, l'organisation REDS au Cameroun a souhaité

engager un débat avec d'autres associations sur le projet de loi nationale sur le VIH. Ceci a donné lieu en 2008 à un avant projet de loi validé par la société civile camerounaise en réponse à celui proposé par le ministère de la santé.⁵⁵ Il est intéressant de noter que ce projet est fondé sur une logique de droits et devoirs des personnes face au VIH. Le projet prévoit également la pénalisation de la transmission et de l'exposition au VIH. La société civile du Cameroun, et plus spécialement les PVVIH, s'est donc clairement prononcée en faveur de la pénalisation.⁵⁶

En revanche, les peines prévues dans le projet sont beaucoup moins lourdes que celles envisagées par le gouvernement et l'infraction de « transmission volontaire » requiert un degré plus aigu d'intention.⁵⁷ En 2009, ce texte a encore été significativement amélioré par la société civile avec l'appui de REDS. Il reprend désormais les propositions de modifications de la loi N°Djamena formulées par l'ONUSIDA sur la pénalisation de l'exposition au VIH ou de sa transmission et la divulgation de la séropositivité aux conjoints/partenaires sexuels par les professionnels de la santé.⁵⁸

Les projets de loi rédigés dans les pays n'ayant pas encore adopté de législation sur le VIH, semblent bénéficier de la réflexion internationale sur les enjeux de la pénalisation de l'exposition au VIH ou de sa transmission et d'une mobilisation accrue de la société civile. Ainsi en République du Congo, l'association des jeunes positifs du Congo (AJPC) a été très impliquée dans la révision en 2009, du projet de loi sur le VIH à travers le réseau national des associations des positifs du Congo (RENAPC).

Ils ont réussi à obtenir l'organisation d'un atelier avec le soutien de l'ONUSIDA ayant donné lieu à un nouveau projet de loi. Celui-ci comporte des améliorations significatives, notamment en matière de la pénalisation de la transmission du VIH qui est désormais limitée à la seule transmission « intentionnel[le] et délibéré[e] » du VIH. En outre, le projet de loi liste les circonstances dans lesquelles le droit pénal ne peut être appliqué conformément aux recommandations de l'ONUSIDA,⁵⁹ tout comme le projet de loi nationale sur le VIH en Côte d'Ivoire.⁶⁰

Certains pays d'Afrique francophone tendent à limiter la portée du droit pénal en matière d'exposition au VIH ou de sa transmission.

Le débat sur la pénalisation de la transmission n'est donc pas vain et les avancées sont possibles comme le démontre le cas de la Guinée où la loi sur le VIH a été amendée pour, entre autres, limiter le recours au droit pénal en cas de transmission ou d'exposition du VIH, conformément aux propositions de l'ONUSIDA.⁶¹

Le Togo a aussi commencé à réviser sa législation sur le VIH. Plusieurs amendements ont été validés lors d'un atelier organisé à Kpalimé en août 2008 avec le soutien de l'ONUSIDA et la participa-

tion d'associations de soutien aux PVVIH, de PVVIH et de médecins. Le nouveau projet de loi adopté par le gouvernement comporte d'importantes améliorations. Par exemple, il limite strictement la possibilité pour le personnel de santé de révéler la séropositivité de leur patient à son partenaire. Il prévoit également qu'une PVVIH ne sera pas poursuivie pour transmission volontaire si elle a pris des mesures pour réduire significativement les risques de transmission, y compris par le port de préservatif ou qu'elle a divulgué sa séropositivité à son partenaire qui a donné son consentement libre et éclairé préalablement à un acte comportant un risque réel de transmission.⁶²

Les avancées sont réelles et l'on peut constater que certaines recommandations de l'ONUSIDA ont été prises en compte. Il est cependant regrettable que le nouveau projet de loi n'exclue pas les poursuites criminelles en cas de transmission de la mère à l'enfant.

Conclusion

Les parlementaires et de nombreuses organisations de soutien aux PVVIH en Afrique de l'Ouest et Centrale francophone restent favorables au recours au droit pénal pour sanctionner la transmission du VIH bien qu'il soit peu adapté aux réalités locales et que rien ne démontre son efficacité dans la lutte contre l'épidémie.

Les dispositions pénales adoptées dans la région en matière de VIH sont encore mal connues des populations et peu appliquées. Leur impact pourrait toutefois s'avérer considérable compte tenu de leur large portée. En outre, ces dispositions pourraient avoir des effets extrêmement négatifs sur les droits des PVVIH, et plus par-

ticulièrement les femmes, ainsi que sur la prévention.

Il est donc essentiel d'encourager les membres de la société civile et les autorités à continuer à revoir et discuter le bien fondé de la pénalisation de l'exposition au VIH et de sa transmission dans leur pays. Des recherches complémentaires restent nécessaires pour identifier les raisons expliquant la volonté de recourir à la pénalisation, les besoins des populations tant séropositives que séronégatives face au VIH et les moyens à mettre en œuvre pour y répondre sans nécessairement recourir au droit pénal. Dans le même temps, le processus de révision des projets de loi doit se poursuivre pour limiter, autant que possible le champ d'application du droit pénal en matière de VIH et renforcer la protection des personnes séropositives et autrement affectées par le virus, et plus particulièrement celle des femmes, qui demeurent extrêmement vulnérables face à l'épidémie.

– Cécile Kazatchkine

Cécile Kazatchkine (ckazatchkine@aidslaw.ca) est analyste des politiques au Réseau juridique canadien VIH/sida.

³ Le Burundi, la Guinée, le Togo, le Bénin, le Mali, le Djibouti, la Guinée équatoriale, le Niger, le Tchad, la République Démocratique du Congo, le Burkina Faso, le Sénégal. Au moment de rédiger cet article, la loi sénégalaise n'a pas encore été publiée. Il semblerait que la République Centrafricaine est elle-aussi adoptée une loi pénalisant la transmission et l'exposition du VIH.

⁴ Au Togo, la *Loi portant protection des personnes en matière de VIH/sida* a été initiée par l'association de personnes vivant avec le VIH, Espoir Vie Togo. Voir « Afrique : les séropositifs, des criminels potentiels ? », *Transversal*, n°29 mars, avril 2006.

⁵ *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida*, Assemblée générale des Nations Unies, Rés/S-26/2, 27 juin 2001.

⁶ *Déclaration politique sur le VIH/sida*, Assemblée générale des Nations Unies, Rés/60/262, 2 juin 2006.

⁷ AWARE – HIV/AIDS. *Regional Workshop to Adopt A Model Law for STI/HIV/AIDS for West and Central Africa : General report*, 2004. AWARE-HIV/AIDS est établi au Ghana mais est actif dans toute l'Afrique occidentale. Le projet reçoit des financements de l'USAID. Il est mis en œuvre par « Family Health International » par le biais de fonds additionnels provenant d'organisations basées aux États-Unis comme « Population Service International » et « the Constella Futures Group. »

⁸ Réseau juridique canadien VIH/sida, *Une analyse de la loi type de N'Djamena sur le sida et des lois relatives au VIH du Bénin, de la Guinée, de la Guinée-Bissau, du Mali, du Niger, de la Sierra Leone et du Togo*, septembre 2007.

⁹ Article 36 de la loi type N'Djamena disponible sur : <http://rds.refer.sn/sites/rds.refer.sn/IMG/pdf/LOITYPESIDANDJAMENA.pdf>.

¹⁰ L'article 26 de la loi type oblige toute PVVIH à révéler son état à son « conjoint ou partenaire » le plus tôt possible après le diagnostic et dans un délai de 6 semaines au plus. Aucune sanction n'est précisée en cas de non respect de cette disposition.

¹¹ Voir, notamment, art. 1 de l'avant projet de loi fixant les droits et obligations des personnes vivant avec le VIH/Sida du Cameroun rédigé en 2002.

¹² « Afrique : les séropositifs, des criminels potentiels ? » (supra). Selon l'actuelle présidente de l'association Espoir Vie Togo, la pénalisation n'est justifiée qu'en cas de transmission volontaire du VIH puisque la très grande majorité des PVVIH ne souhaite pas transmettre le VIH.

¹³ Ibid.

¹⁴ Les données disponibles démontrent que la plupart des PVVIH connaissant leur séropositivité prennent les mesures nécessaires pour éviter de transmettre le VIH. Voir, Bunnell R et al., « Changes in sexual risk behaviour and risk of HIV transmission after antiretroviral therapy and prevention interventions in rural Uganda », *Aids*, 20,2006, p. 85-92.

¹⁵ Selon l'ONUSIDA, en 2008, l'Afrique subsaharienne représentait 67 % des infections à VIH du monde entier. C'est aussi dans cette région qu'on a enregistré 72 % des décès mondiaux dus au sida. ONUSIDA, *Le point sur l'épidémie de sida 2009*.

¹⁶ La couverture des thérapies antirétrovirales en Afrique de l'Ouest est de 30% selon les données les plus récentes de l'ONUSIDA. Ibid.

¹⁷ Sasman, C., « Michaela Clayton on the criminalization Debate and Other issues », *Openspace, A Digest of the Open Society Initiative for Southern Africa*, 2 (5), octobre 2009; W. Brown et al., « Criminalising HIV transmission: punishment without protection », *Reproductive Health*

Matters 17(34), 2009, p.119-126. On remarquera que l'article permettant de sanctionner pénalement la transmission du VIH au Rwanda figure dans une loi sur les violences sexuelles basées sur le genre (article 30).

¹⁸ *Le VIH et les droits de l'homme. Directives internationales, version consolidée de 2006*, Directive 4, par. 21 a.

¹⁹ Article 1 de la loi type N'Djamena et article 36.

²⁰ Ibid.

²¹ Réseau juridique canadien VIH/sida (supra).

²² Ibid.

²³ Version anglaise: « Wilful Transmission: transmission of HIV virus through any means by a person with full knowledge of his/her HIV/AIDS status to another person ».

²⁴ « Transmission du VIH : la pénalisation dans tous ses États », *Le journal du sida*, n°198, août 2007.

²⁵ Article 39 de la *Loi n. 2007-08 du 30 avril 2007 relative à la prévention, la prise en charge et le contrôle du Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH)*.

²⁶ Article 13 et 53 *Loi no. 2005-012 portant protection des personnes en matière de VIH/sida*.

²⁷ Article 27 de la *Loi no. 2005-31 du 5 avril 2006 portant prévention, prise en charge et contrôle du VIH sida en République du Bénin*.

²⁸ Articles 1 et 37 de l'Ordonnance n. 056/2009/PRG/SGG.

²⁹ Article 1 et 37 de la *Loi no. 06-028 du 29 juin 2006 fixant les règles relatives à la prévention, à la prise en charge et au contrôle du VIH/SIDA*.

³⁰ C'est le cas notamment au Burkina Faso, au Burundi, au Mali, au Niger, en République démocratique du Congo, au Tchad et au Togo. En revanche, la loi guinéenne a été amendée de sorte que la transmission de la mère à l'enfant ne peut plus faire l'objet de poursuites (article 37 de l'ordonnance n.056/2009/PRG/SGG).

³¹ *Le VIH et les droits de l'homme. Directives internationales* (supra).

³² Réseau juridique canadien VIH/sida, « Contagion législative : propagation de nouvelles lois problématiques sur le VIH en Afrique occidentale », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 12 (2/3), décembre 2007, p. 1, 5-11.

³³ Réseau juridique canadien VIH/sida (supra note n.7), Réseau juridique canadien VIH/sida, « Contagion législative : bâtir la résistance », *Revue VIH/SIDA, droit et politiques* 13 (2/3), décembre 2009.

³⁴ Les données générales existant montrent au contraire que la pénalisation du VIH n'aurait pas d'influence sur les comportements. Voir Burris S., « Do Criminal Laws Effect HIV Risk Behaviour ? An Empirical Trial », *Ariz. St. L. J.*, 39, 2007, p.467-517.

³⁵ Les faits de ces deux affaires ne concernent ni la transmission, ni l'exposition au VIH dans le cadre de relations sexuelles. Pour plus d'informations, voir P. Sanon et al. « Advocating prevention over punishment : the risks of HIV criminalization in Burkina Faso », *Reproductive Health Matters*, 17(34), 2009, p. 146-153.

³⁶ Information recueillie auprès de K. Eugène NOVON de l'association AMC au Togo.

³⁷ Propos de Brigitte Palenfo de l'association REV+ au Burkina Faso.

³⁸ « Togo : Protéger les personnes vivant avec le VIH, une obligation légale », 5 septembre 2006 sur osi.bouake.free.fr.

¹ La pénalisation se fait soit par l'application de dispositions pénales générales existantes, comme c'est le cas au Canada, en France ou au Royaume Uni, soit par l'adoption de dispositions pénales spécifiques au VIH.

² République de Guinée, *Ordonnance n. 056/2009/PRG/SGG relative à la Prévention, à la Prise en Charge et le Contrôle du VIH/sida en République de Guinée et portant amendement de la loi L/2005/025/AN du 22 novembre 2005 relative à la prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH/sida en République de Guinée*, 29 octobre 2009.

³⁹ Information recueillie auprès de Bintou Bamba de l'association ASFEGMASSI en Guinée.

⁴⁰ Amnistie internationale, *Donner la vie, risquer la mort : la mortalité maternelle au Burkina Faso*, mai 2009, p. 32.

⁴¹ Information recueillie auprès de Bintou Bamba de l'association ASFEGMASSI en Guinée.

⁴² Amnesty international (supra), p.33.

⁴³ Bernard E. et al., « The use of phylogentic analysis as evidence in criminal investigation of HIV transmission », 2007, www.aidsmap.com.

⁴⁴ R. Jurgens et al., « Ten reasons to oppose the criminalization of HIV exposure or transmission », *Reproductive Health Matters*, 17(34), 2009, p.163-172 ; ONUSIDA, *Politique générale : criminalisation de la transmission du VIH*, août 2008.

⁴⁵ « Afrique : les séropositifs, des criminels potentiels ? ».

⁴⁶ Amnesty International (supra).

⁴⁷ Information recueillie auprès de Brigitte Palenfo de l'Association REV+ au Burkina Faso.

⁴⁸ Dr. J. Kehler et al., *Ten reasons why criminalization of HIV exposure or transmission harms women*. 2009 disponible sur : www.athenanetwork.org

⁴⁹ J. Csete et al., « Vertical HIV transmission should be excluded from criminal prosecution », *Reproductive Health Matters*, 17(34), 2009, p.154- 162

⁵⁰ Le VIH et les droits de l'homme. *Directives internationales* (supra); ONUSIDA, *Droit pénal, santé publique et transmission du VIH. Etude des politiques possibles*, 2002

⁵¹ ONUSIDA, *Politique générale : criminalisation de la transmission du VIH*, août 2008.

⁵² ONUSIDA, *Recommandations de l'ONUSIDA concernant la modification de certains articles problématiques de la loi N'Djamena sur le VIH (2004)*, 2008, disponible sur : http://data.unaids.org/pub/Manual/2008/20080912_alternativelanguage_ndajema_legislation_fr.pdf.

⁵³ Information notamment recueillie auprès de Tété Koffi Wilson de l'association RAP+AO en Côte d'Ivoire.

⁵⁴ Information recueillie auprès de Brigitte Palenfo de l'Association REV+ au Burkina Faso. Voir également le témoignage de Mohamed Toure de l'association Kéné Dougou Solidarité au Mali, *Transversal* (supra).

⁵⁵ REDS, *Sida droits de l'homme et santé publique*, Bulletin d'information du projet n.3, juin 2008.

⁵⁶ Informations recueillies auprès de Jean-Marie Talom de l'association REDS.

⁵⁷ Article 20 de l'avant projet de loi fixant les droits et les obligations des personnes vivant avec le VIH; voir « Global Criminalization Scan » en ligne : www.gnpplus.net/criminalisation/.

⁵⁸ Informations recueillies auprès de Jean-Marie Talom de l'association REDS. En novembre 2009, l'association REDS rencontrait des députés pour leur présenter le dernier avant projet de loi de la société civile camerounaise.

⁵⁹ Articles 44 et 45 de l'avant projet de loi portant protection des personnes vivant avec le VIH/sida. Nous ne connaissons pas à ce jour s'il y a eu des avancées parlementaires sur le projet de loi sur le VIH/sida

⁶⁰ Voir « Global criminalization scan ». L'avant projet de loi a été discuté lors d'un atelier organisé par le ministère de la justice et des droits de l'homme avec l'appui de l'ONUSIDA au siège de l'ONG Transparency à Cocody, en février 2009. « Côte d'Ivoire : Bientôt une loi pour protéger les séropositifs », 18 février 2009, disponible sur www.allAfrica.com. Au moment d'écrire cet article, le projet de loi n'a pas encore été présenté au parlement ivoirien.

⁶¹ Articles 1 et 37 de l'Ordonnance n. 056/2009/PRG/SGG.

⁶² Article 61 du projet de loi modifiant la Loi n. 2005-012 portant protection des personnes en matière de VIH/sida. A ce jour, il semblerait que le projet de loi n'ait pas encore été adopté.

Droit des HRSH en Afrique francophone et lutte contre le sida : l'hypocrisie de certains États

Cibles de discriminations et de violences fréquentes, les homosexuels africains sont également frappés de plein fouet par l'épidémie de VIH/sida. La recherche sur les modes de transmission du virus en Afrique subsaharienne est encore trop limitée, mais plusieurs études démontrent que la prévalence de l'infection à VIH est plus que décuplée chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HRSH) qu'au sein de la population générale.

Dans un contexte socioculturel de déni de l'homosexualité (voire d'homophobie), renforcé dans bon nombre de pays africains par des lois criminalisant les relations sexuelles entre hommes, les HRSH sont fortement stigmatisés.

Cette stigmatisation des HRSH contribue à limiter de manière drastique leur accès aux services de prévention et de soins du VIH/sida, des hépatites et ITS. Pourtant, dans une approche paradoxale et probablement sous la pression des bailleurs internationaux, presque tous les pays d'Afrique reconnaissent aujourd'hui un droit spécifique, un droit de santé publique, en acceptant d'inscrire dans leurs plans nationaux de lutte contre le sida et/ou dans leurs propositions au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (FMSTP), des actions et/ou priorités concernant les HRSH.

Hypocritement certains États affichent de lutte contre les discriminations, tout en soutenant une législation pénalisant l'homosexualité.

En prenant appui sur des témoignages d'acteurs locaux HRSH, l'analyse de lois pénales et les priorités inscrites envers la population HRSH dans quatre pays franco-

phones d'Afrique subsaharienne (le Cameroun, la Côte d'Ivoire, le Mali et le Sénégal), nous essayerons de montrer l'incohérence des stratégies publiques de santé envers les HRSH dans les pays où l'homosexualité est illégale.

Certains États affichent de lutte contre les discriminations, tout en soutenant une législation pénalisant l'homosexualité.

L'objectif est de permettre le développement d'une stratégie de plaidoyer visant à montrer l'incohérence des lois pénales contre l'homosexualité et à lutter plus efficacement contre elles, en particulier pour les pays récipiendaires de financements internationaux. Nous évoquerons aussi les liens entre religion, homosexualité et pénalisation qui apparaissent comme des facteurs clés dans la com-

préhension des orientations prises par les pays pénalisant l'homosexualité.

Notre choix s'est porté sur quatre pays d'Afrique francophone en lien avec l'association française AIDES¹. Au-delà de l'aspect partenariat existant, ces pays ont des positions politico-juridiques différentes concernant l'homosexualité : deux interdisent l'homosexualité (Cameroun et Sénégal), deux autres ne le font pas (Côte d'Ivoire et Mali).

Les témoignages cités dans cet article ont été obtenus grâce à des entretiens semi-directifs (une dizaine par pays) avec des HRSH approchés selon différents modes : par des associations (identitaires, de lutte contre le sida ou de défense des droits de la personne), par des réseaux d'amis (l'effet « boule de neige ») ou par internet. Ces éclairages d'acteurs concernés n'ont pas pour objectif d'être représentatifs de l'ensemble des HRSH vivant dans ces pays. Le fait d'avoir employé différents modes de recrutement a permis de diversifier au maximum les profils interrogés. Ainsi, ces hommes sont âgés de 18 à 45 ans, célibataires pour la moitié d'entre eux, la plupart des autres étant en couple avec un homme ou, dans une moindre mesure, mariés ou en

couple avec une femme. Les militants d'associations ne sont pas majoritaires, mais néanmoins largement représentés ; ceci explique peut-être le fait que de nombreux participants se définissent comme « gay » ou « homosexuel », contrairement à la plupart des HRSH vivant en Afrique. Au delà des lois et textes en vigueur, cet article prend en compte les expériences individuelles des HRSH africains.

Les lois en vigueur sur l'homosexualité et la « vraie vie » dans ce cadre légal

Au Cameroun et au Sénégal, les lois interdisant les rapports sexuels entre deux personnes de même sexe sont anciennes. Au premier pays, selon l'Article 347 bis (Code Pénal, *loi N° 65-LF-24 du 12 novembre 1965* et *loi N° 67-LF-1 du 12 juin 1967*) « Est punie d'un emprisonnement de six mois à cinq ans et d'une amende de 20 000 à 200 000 francs CFA [environ CAN\$40 et \$407] toute personne qui a des relations sexuelles avec une personne de son sexe. » Au Sénégal : Article 319 : 3 (Code Pénal, *loi No 66-16 du 12 février 1966*) dit « Est puni d'un emprisonnement de un à cinq ans et d'une amende de 100 000 à 1 500 000 francs CFA [environ CAN\$204 et \$3 057] tout acte considéré comme contre-nature, notamment un acte sexuel entre personnes de même sexe. Si l'acte a été commis avec un mineur de 21 ans et moins, le maximum de la peine sera toujours prononcé. »

Quelques précisions concernant ces lois : elles condamnent toutes la pratique de l'homosexualité, c'est-à-dire le fait d'avoir des relations sexuelles consenties avec une personne de son sexe. Cependant, dans les faits, les personnes qui sont inter-

pellées, et parfois condamnées, ne le sont pas pour ce motif car il n'y a pas, le plus souvent, de constatation de « flagrant délit d'homosexualité », c'est-à-dire le constat d'une relation sexuelle entre deux hommes ou deux femmes, comme en témoigne S. : « Malgré le fait que c'est l'acte qui est condamné par l'article 347 bis, au Cameroun les arrestations concernant l'homosexualité sont arbitraires, c'est-à-dire sur de fausses preuves ou déclarations des voisins par exemple, vous pouvez vous retrouver en prison » (23 ans, célibataire, Cameroun).

Au Cameroun et au Sénégal, les lois interdisant les rapports sexuels entre deux personnes de même sexe sont anciennes.

En outre, la plupart des Camerounais et Sénégalais évoquent l'impossibilité de déposer une plainte et un processus d'exclusion quand l'homosexualité trouve une visibilité dans l'exercice des lois :

« Tu peux porter plainte pour vol ou agression, mais dès que le mot 'homosexuel' va sortir, c'est toi le plaignant qui devient l'accusé » (D., 29 ans, en couple avec un homme, Sénégal).

« Je fais tout pour que personne ne soit au courant, c'est aussi à cause de l'existence de cette loi » (S., 25 ans, célibataire avec un enfant), « Je dois toujours m'abstenir de faire certaines

choses en public » (G., 29 ans, célibataire).

« Depuis la prison, tout a changé : il y a des gens qui me regarde avec un autre regard qu'avant » (A., 29 ans, en couple avec un homme, Sénégal).

La Côte d'Ivoire n'interdit pas directement l'homosexualité par un article de loi spécifique, mais elle y fait référence dans le cadre d'« outrage public à la pudeur. » Selon l'article 360 du Code pénal du 31 août 1981 :

Est puni d'un emprisonnement de trois mois à deux ans et d'une amende de 50 000 à 500 000 francs CFA [environ CAN\$102 et \$1020] quiconque commet un outrage public à la pudeur.

Si l'outrage public à la pudeur consiste en un acte impudique ou contre nature avec un individu du même sexe, l'emprisonnement est de six mois à deux ans et l'amende de 50.000 à 300.000 francs CFA.

Les « attentats à la pudeur » sont sanctionnés (qu'ils aient lieu avec ou sans violence : articles 355 à 357 du même Code pénal), mais un article condamne spécifiquement les attentats à la pudeur avec un mineur de même sexe que celui de l'auteur.

Selon l'article 358 du Code pénal du 31 Août 1981 « Est puni d'un emprisonnement de six mois à deux ans et d'une amende de 10 000 à 100 000 francs [environ CAN\$20 et 202] quiconque commet un acte impudique ou contre nature avec un mineur de son sexe âgé de plus de quinze ans et de moins de dix-huit ans. » Même si l'interdiction de l'homosexualité n'est pas formelle en Côte d'Ivoire, le fait que certains articles y fassent référence pourrait inciter les forces de l'ordre à les

mobiliser pour des situations qui pourtant ne sont pas celles correspondant au texte : « L'absence de loi nous permet de vivre librement, mais tu peux être poursuivi pour d'autres motifs comme atteinte aux bonnes mœurs, etc. » (B., 27 ans, en couple avec un homme, Côte d'Ivoire).

Le Mali n'a pas non plus de loi spécifique pour interdire l'homosexualité, ni pour l'autoriser, mais il n'a pas non plus de peines aggravées en cas d'infraction à la loi avec une personne du même sexe. En revanche, le Code pénal malien contient les textes de lois « classiques » contre les délits sexuels (attentats à la pudeur ou aux bonnes mœurs etc.) qui sont régulièrement invoqués pour des cas de flagrant délit ou de simples soupçons d'homosexualité. Deux Maliens ont dit :

« J'ai eu un problème avec mon ami : j'ai dû donner de l'argent pour ne pas aller en prison » (N., 23 ans, en couple avec un homme et avec une femme, Mali).

« Si on trouve deux mecs ensemble en train de baiser, c'est la taule direct » (C., 27 ans, célibataire, Mali).

Le rôle des religions

Les religions sont une autre clé pour comprendre les enjeux autour des lois ou proposition de lois visant la criminalisation de l'homosexualité. Le 22 mars 2010, s'est tenu à Amsterdam un sommet réunissant une quarantaine de leaders religieux bouddhistes, chrétiens, hindous, musulmans, juifs, sikhs et le directeur exécutif des Nations Unies sur le thème de la réponse apportée par les représentants religieux dans la lutte contre le VIH. Michel Sidibé, directeur exécutif de l'ONUSIDA, a tenu à rappeler, dans

son discours, qu'au delà des inégalités sociales :

Dans mes voyages, je vois de plus en plus de preuves d'injustice sociale, dans le monde. Des disparités économiques croissantes et des inégalités hantent la Terre. Le plus grand impact est ressenti par les parties les plus pauvres de la société, par les femmes et filles ainsi que les personnes marginalisées. L'injustice sociale accroît la vulnérabilité des vulnérables, elle les pousse encore plus loin hors de portée des services en matière de VIH. [trad.]

Sidibé a remarqué que la haine envers des populations déjà « vulnérables » renforce l'exclusion et affaiblit la lutte contre le VIH/sida :

Les personnes qui travaillent aux premières lignes, dans cette épidémie, ont été témoins non seulement des ravages de cette maladie et de sa capacité de destruction de vies humaines, mais aussi de la capacité apparemment infinie de cruauté et de haine chez les humains. Qu'il s'agisse du refus d'accueillir une personne à une clinique – pour des traitements et soins salvateurs – parce qu'elle est une personne transgenre, ou qu'il s'agisse d'une violente attaque de groupe visant un individu dont on n'accepte pas qu'il aime tel autre individu, ce sont des exemples de méchanceté et de haine. Cela peut tuer tout autant que n'importe quelle maladie [...]. Les personnes les plus vulnérables au VIH incluent les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les travailleuses et travailleurs sexuels et les personnes qui font usage de drogue. L'incidence [du VIH] est plus élevée parmi les personnes marginalisées et stigmatisées. Ceci rend plus difficile de les joindre pour leur donner des services, ce qui accentue encore leur vulnérabilité. [trad.]

Parmi les quatre pays retenus, les religions les plus répandues sont : l'islam, puis le christianisme, et enfin les religions autochtones. Schématiquement, la répartition des religions est la suivante : au Mali et au Sénégal l'islam est largement dominant (pratiqué par plus de 90 % de la population). La Côte d'Ivoire et le Cameroun sont principalement partagés entre deux religions : l'islam et le christianisme pour la Côte d'Ivoire, et entre le christianisme et les religions autochtones pour le Cameroun.² On peut toutefois noter l'émergence, au Cameroun, de sectes qui sont de plus en plus influentes.

Si l'on compare les lois sur l'homosexualité avec la répartition des différentes religions pratiquées dans chacun de ces pays, il ne semble pas y avoir de corrélation entre le fait d'interdire l'homosexualité et la présence d'une religion plus qu'une autre. Si l'on prend le Mali et le Sénégal, où l'islam est pratiqué par plus de 90 % de la population, le premier n'a aucune loi pour interdire l'homosexualité tandis que le deuxième en a une.

En revanche, en matière de discriminations d'origine religieuse envers les personnes HRSH, quelques similitudes peuvent être notées. Dans ces deux pays, des groupes religieux, essentiellement ceux pratiquant un islam radical appellent à la discrimination vis à vis des HRSH. Ils demandent à l'État, notamment durant les périodes électorales de donner des gages de leur engagement à combattre l'homosexualité. L'homosexualité est présentée comme un exemple typique de décadence de la société imputable à « l'incurie » de l'État. L'homophobie sociale n'est donc pas corrélée directement à la religion (il y a eu par le passé des périodes de

relative tranquillité dans ces pays où la religion a toujours été importante et présente), mais davantage liée à une instrumentalisation du fait religieux dans le cadre de jeux politiques. Les États semblent plus sensibles actuellement à ces pressions politiques.

Les HRSH dans les politiques de santé

Globalement, les études portant sur cette population en Afrique sont extrêmement rares jusqu'à la fin des années 1990. Un article publié en 1984 dans *Les Cahiers internationaux de sociologie* décrivait pour la première fois la population homosexuelle d'un pays d'Afrique subsaharienne :³ s'en sont alors suivies des études historiques publiées en 2004⁴ et 2006,⁵ ainsi que des enquêtes comportementales liées au sida en 2003⁶ et 2006.⁷

L'homosexualité est présentée comme un exemple typique de décadence de la société imputable à « l'incurie » de l'État.

Les premières données épidémiologiques sur les HRSH en Afrique francophone sont apparues tardivement : en 2002, tout d'abord, avec une enquête réalisée au Sénégal et financée par une grande ONG;⁸ en 2005 ensuite,⁹ avec un article publié dans la revue *AIDS* sur une enquête réalisée en 2004, au Sénégal toujours, jusqu'à arriver aujourd'hui à une

dizaine de pays africains sur lesquels ces données sont disponibles.¹⁰

Ces données ont souvent été produites grâce à des études réalisées en population générale, mais par la suite des études spécifiques ont pu être réalisées auprès des HRSH, notamment au Cameroun et au Sénégal où l'homosexualité est encore considérée comme un crime.¹¹ La plupart des travaux publiés sur les HRSH en Afrique, quel que soit le pays, tirent presque tous les mêmes conclusions à savoir que les rapports non protégés entre hommes sont très fréquents¹² et que la prévalence au VIH parmi les HRSH d'un pays est quasi systématiquement supérieure à celle de sa population générale.¹³

Les réponses proposées par les pays au FMSTP montrent une représentation faible des projets portant sur les « minorités » sexuelles dans les demandes de financement, avec un accroissement notable dans les deux derniers appels à projets (rondes 8 et 9). Toutefois, pour reprendre ces deux derniers rounds, le rapport du FMSTP signale que 57 % des pays soumettant des projets ne font aucune mention explicite de projets vers les personnes HRSH, transsexuelles ou travailleuses du sexe.

En mars 2010, dans le cadre du troisième exercice de reconstitution des ressources (2011-2013) le FMSTP a publié des orientations en matière d'orientation sexuelle et de sexospécificité *The Global Fund, HIV and Sexual Orientation / Gender Identities*.¹⁴ Dans ce document, il est mentionné clairement les populations prioritaires : « Les travailleuses et travailleurs sexuels, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenre et d'autres minorités sexuelles font partie des groupes et communautés

les plus affectés par le VIH et le sida, aux quatre coins du monde. »

Le document donne les « conditions » de priorités de financement : « Ces récentes années, le conseil d'administration et le secrétariat ont reconnu la nécessité de renforcer les efforts pour assurer que les populations les plus affectées, y compris les travailleuses et travailleurs sexuels, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenre et d'autres minorités sexuelles fassent l'objet d'un degré approprié de priorité dans les politiques, les processus et le financement du Fonds mondial. »

Ces éléments se réfèrent à la stratégie « Orientation sexuelle et identités de genre » posée en mai 2009 par le FMSTP. Cette stratégie vise à « assurer un cadre qui appuie un renforcement des programmes à l'intention des travailleuses et travailleurs sexuels, des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenre et/ou d'autres minorités sexuelles. »

L'exemple du Sénégal

Le Sénégal est un exemple particulièrement significatif car il reconnaît les HRSH comme une population vulnérable au VIH et une cible prioritaire, dans son Plan stratégique de lutte contre le sida 2007-2011. Les acteurs de la lutte bénéficient donc d'un soutien national, permettant de « faciliter » les actions auprès des personnes HRSH. Le Sénégal et le Mali ont inclus une composante HRSH dans leur proposition au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme¹⁵; la Côte d'Ivoire en a proposé une récemment mais elle n'a toujours pas été actée.

L'approche des pouvoirs publics au Sénégal est particulièrement

démonstrative. Elle fait ressortir les contradictions qui traversent cet État et donne un exemple remarquable en terme de levier existant pour construire des actions de plaidoyer :

- Le Sénégal pénalise l'homosexualité ;
- Le Sénégal inclut dans son projet au Fonds mondial (décliné dans son Plan national de lutte contre le sida) des actions spécifiques vers la population HRSH ; et
- Le Sénégal inclut dans sa proposition au Fonds mondial¹⁶ un paragraphe sur la lutte contre la stigmatisation et la discrimination où il est mentionné que les actions menées « contribuent à la lutte contre l'exclusion et la discrimination dont sont victimes les personnes atteintes par le VIH/sida » et que les « décideurs sur les droits de cette population contribueront à l'émergence d'attitudes plus positives et plus respectueuses des principes d'équité et d'égalité ».

Même si il ne s'agit pas, dans cet extrait, d'une mention spécifique aux personnes HRSH, mais vers les personnes séropositives, ces éléments montrent que le Sénégal est très ambivalent, ou pour le moins qu'il existe une contradiction entre ses lois et ce qu'il affiche comme politique de santé publique.

Les meilleurs leviers de plaidoyer ?

L'inscription des populations HRSH dans les politiques de santé publi-

que est un levier déterminant pour le plaidoyer, l'accompagnement des personnes et la lutte contre les discriminations. En cela, les priorités définies par le FMSTP sont un atout essentiel. Il manque toutefois une mention explicite sur la lutte contre les discriminations et en particulier sur la lutte contre la pénalisation de l'homosexualité.

Aujourd'hui l'ensemble des instances internationales est convaincu de la nécessité de prendre en compte la dimension des droits humains dans les stratégies de santé. Il reste à convaincre les franges (parfois majoritaires) des populations les plus conservatrices, orientées souvent par des religieux radicaux et des hommes politiques populistes, que les droits humains sont un élément essentiel.

– Alain Legrand (alegrand@aides.org),
Yves Yomb, Michel Bourrelly et
Nicolas Lorente pour l'association
AIDES, sous la direction d'Alice Nkom,
avocate camerounaise qui défend les
droits et intérêts des personnes LGBT
dans son pays.

¹ L'association AIDES contribue à l'animation de deux grands réseaux en Afrique : Afrique 2000 et Africagay contre le sida.

² Central Intelligence Agency, *The World Factbook 2009*, en ligne : <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/>.

³ M. Le Pape et C. Vidal, « Libéralisme et vécus sexuels à Abidjan », *Cahiers internationaux de sociologie* 76 (1984) : p. 111-118.

⁴ M. Epprecht, *Hungochani: The History of a Dissident Sexuality in Southern Africa* (Montreal: McGill-Queen's University Press, 2004).

⁵ M. Epprecht, *Heterosexual Africa? The History of an Idea from the Age of Exploration to the Age of AIDS*. (Athens: Ohio University Press, 2006).

⁶ C.I. Niang et al., « It's raining stones: stigma, violence and HIV vulnerability among men who have sex with men in Dakar, Senegal », *Culture, Health and Sexuality* 5(6) (2003) : p. 499-512.

⁷ R. Lorway, « Dispelling heterosexual African AIDS in Namibia: Same-sex sexuality in the Township of Katutura », *Culture, Health and Sexuality* 8(5) (2006) : p. 435-449; B. Luirink, *Moffies: Gay Life in Southern Africa* (Cape Town: Ink Inc., 2000).

⁸ C.I. Niang et al., *Satisfaire aux besoins de santé des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes au Sénégal*, The Population Council, 2002.

⁹ A.S. Wade et al., « HIV infection and sexually transmitted infections among men having sex with men in Senegal », *AIDS* 19 (2005) : p. 2133-40.

¹⁰ A. Smith et al., « Men who have sex with men and HIV/AIDS in sub-Saharan Africa », *The Lancet* 374 (2009) : p. 416-422.

¹¹ Larmarange J., « Homosexuels masculins : une épidémie sous estimée », *Transcriptases* 138 (2008) : p. 61-62.

¹² Cáceres, C. et al. « Epidemiology of male same sex behaviour and associated health indicators in low- and middle-income countries: 2003-2007 estimates », *Sexually Transmitted Infections* 84 (2008) : p. 149-156.

¹³ Wilson, D., « Overview of MSM epidemiology in the Global South », *The invisible Men: Gay Men and Other MSM in the Global HIV/AIDS epidemic*, conférence sur le HRSH avant AIDS 2008, en ligne : www.msmandhiv.org/documents/Wilson.pdf.

¹⁴ En ligne : www.theglobalfund.org/documents/replenishment/2010/The%20Global%20FUND%20SOGI%20Strategy%20Update.pdf.

¹⁵ Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, *Proposal Form, Round 8: Republic of Mali*. Août 2008. En ligne : www.theglobalfund.org/grantdocuments/8MALH_1714_0_full.pdf; Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, *Senegal Proposal: Global Fund Round 9*, Juin 2009. En ligne : www.theglobalfund.org/grantdocuments/9SNGH_1911_0_full.pdf.

¹⁶ Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, *Formulaire de proposition, sixième round : République du Sénégal*. Août 2006. En ligne : www.theglobalfund.org/grantdocuments/6SNGH_1411_0_full.pdf.

DÉVELOPPEMENTS AU CANADA

On trouve sous cette rubrique de brefs comptes-rendus de développements dans la législation, les politiques et la défense des droits en lien avec le VIH/sida au Canada. (Les affaires canadiennes confiées à des cours ou à des tribunaux des droits de la personne sont sous la rubrique *Le VIH devant les tribunaux — Canada*.) Les nouvelles rapportées ici sont tirées d'information portée à notre connaissance par des correspondants au Canada ou notée lors de survols des médias. Les lecteurs sont invités à signaler des sujets et développements à Cécile Kazatchkine (ckazatchkine@aidslaw.ca), analyste des politiques au Réseau juridique canadien VIH/sida et rédactrice en chef de la présente section. Sauf indication contraire, les articles de la section ont été rédigés par Cécile Kazatchkine.

Colombie-Britannique — Un projet vise à améliorer l'accès aux traitements et aux soins pour le VIH dans des populations difficiles à joindre

Un programme pilote de 48 millions \$ sur quatre ans, intitulé « Seek and Treat » a récemment été lancé par le Gouvernement de la Colombie-Britannique (C.-B.) afin d'améliorer l'accès aux traitements et aux soins parmi des communautés difficiles à joindre, comme les travailleuses et travailleurs sexuels, les personnes qui s'injectent des drogues et les Autochtones.¹ Le projet sera mis en œuvre à Prince George et dans le quartier Downtown Eastside de Vancouver.

Premier programme en son genre au Canada, voire au monde, « Seek and Treat » fournira le traitement anti-

rétroviral fortement actif (HAART) — pour lequel le Dr Julio Montaner, directeur du British Columbia

Centre for Excellence in HIV/AIDS (BC-CfE), fut un fer de lance au début des années 1990.

Tous les résidents séropositifs de la C.-B. ont accès gratuitement au HAART, par le biais du BC-CfE. Le nombre de personnes recevant un tel traitement a doublé, depuis 2004, pour dépasser les 5 000. Toutefois, une forte proportion des populations à risque, où la prévalence du VIH est élevée, ne reçoivent pas de traitement vu leur marginalisation en ce qui a trait au système de santé. De plus, il est estimé qu'environ 27 % des 12 000 personnes vivant avec le VIH dans la province ne sont pas encore diagnostiquées.²

Dans le cadre du programme pilote, des travailleurs de la santé seront déployés dans les rues de communautés marginalisées afin de fournir des services de diagnostic, de soutien et de traitement aux individus admissibles sur le plan médical. Comme l'a indiqué le Dr Montaner, le programme « ira au-delà de la distribution de pilules », pour s'orienter davantage vers « l'intervention et le soutien ».³

Selon le ministre des Services de santé, Kevin Falcon, le programme « Seek and Treat » permettra de réduire la souffrance liée au VIH/sida et de prévenir la propagation du VIH. Des modèles mathématiques suggèrent que le projet pilote de Prince George et du Downtown Eastside de Vancouver pourrait prévenir jusqu'à 173 infections par le VIH au cours des cinq premières années, ce qui représente des économies de 65 millions \$ en traitements anti-VIH à vie.⁴

Le programme pilote a vu le jour après la publication de données qui portent à croire que le HAART gagne en efficacité au palier populationnel en C.-B.⁵ Comme l'a signalé le Dr Montaner, « les résultats de cette étude... démontrent que les stratégies actuelles de gestion du VIH appuyées par le Gouvernement de la C.-B. fonctionnent. »⁶ Il est aussi d'avis que ces données apporteront un fondement à l'expansion du nombre de personnes qui reçoivent un traite-

ment, pour leur bénéfice et celui de la communauté entière.

¹ Ministry of Health Services, Ministry of Health Living and Sport et British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS, « B.C. to seek and treat most vulnerable HIV patients », communiqué, Vancouver, 4 février 2010; N. Hall, « B.C. will take AIDS treatment to sex workers, drug users », CanWest News Service, 5 février 2010.

² Ministry of Health Services (supra).

³ W. Stueck, « B.C.'s street-smart strategy to treat HIV — no matter who has it », *The Globe and Mail*, 4 février 2010.

⁴ Ministry of Health Services (supra).

⁵ V.S. Gill et coll., « Improved virological outcomes in British Columbia concomitant with decreasing incidence of HIV type 1 drug resistance infection », *Clinical Infectious Diseases*, 50(1) (2010) : 98-105; D. Ryan, « Drug-resistant infections drop dramatically as HIV treatments improve; transmission rates should decrease, says author of study that involved 5,500 patients over a decade », *Vancouver Sun*, 11 janvier 2010.

⁶ D. Ryan (supra).

Annulation d'un projet de 88 millions \$ pour la recherche de vaccin contre le VIH

Deux ans après un appel d'offres, le Gouvernement du Canada et la Fondation Bill & Melinda Gates ont décidé de ne pas aller de l'avant dans la construction d'une installation de fabrication d'éventuels vaccins contre le VIH,¹ ce qui soulève des questions sur leurs motifs.

Le projet avorté était une pièce maîtresse pour l'Initiative canadienne de vaccin contre le VIH (ICVV), une initiative de collaboration sur cinq ans

entre le Gouvernement du Canada et la Fondation Gates, dotée d'un budget de 139 millions \$. L'ICVV a été créée en 2007 dans le but d'accélérer les

efforts déployés à l'échelle mondiale pour mettre au point un vaccin contre le VIH sûr, efficace, abordable et accessible dans le monde entier.²

Le projet visait à répondre au manque d'établissements de fabrication à petite échelle de vaccins contre le VIH, pour des essais cliniques nord-américains — une lacune identifiée en 2005 dans le Plan stratégique scientifique (PSS) de la Global HIV Vaccine Enterprise. L'ICVV avait réservé 88 millions \$ pour construire un tel établissement au Canada.³

En avril 2008, le Gouvernement du Canada a invité les sociétés sans but lucratif à lui faire des offres pour la réalisation du projet; en janvier 2010, les finalistes, l'University of Western Ontario à London, l'International Center for Infectious Disease à Winnipeg, l'Université Laval à Québec et l'International Consortium on Anti-virals à l'Université Trent à Peterborough — ont été avisés que leurs soumissions n'avaient pas été retenues.⁴

L'Agence de la santé publique du Canada a publié sur son site Internet une note indiquant que l'installation n'était plus nécessaire puisqu'il existait déjà suffisamment de fabricants de vaccins à des fins de tests. La note a été retirée peu après avoir été affichée sur Internet, sous prétexte initial qu'il s'agissait d'une erreur administrative.⁵ Après plusieurs semaines de mutisme, le gouvernement fédéral a fait l'annonce officielle de l'annulation du projet.

D'après le gouvernement, un examen fondé sur les faits a révélé qu'aucun des postulants ne remplissait les critères préétablis. Par ailleurs, une étude commandée par la

Fondation Gates a récemment mené à la conclusion qu'il existe actuellement une capacité suffisante de fabrication vaccinale, en Amérique du Nord et en Europe, pour satisfaire les besoins de la recherche clinique. Sur la base de ces données, le Gouvernement du Canada et la Fondation Gates ont pris la décision d'abandonner les plans de construction d'un tel établissement.⁶

Les candidats à l'appel d'offres ont été extrêmement étonnés par la décision et demeurent insatisfaits de la réponse du gouvernement.

M. Ted Hewitt, vice-président de la recherche à l'University of Western Ontario, soutient que la proposition était de bâtir un établissement à but non lucratif qui aurait facilité aux chercheurs le travail de développement vaccinal. Puisqu'il n'existe au Canada aucune installation de ce type, à but non lucratif, M. Hewitt a qualifié d'insensée la décision d'annuler le projet.⁷ Le Dr Bill Cameron, président de l'Association canadienne de recherche sur le VIH, a affirmé qu'une installation publique à cet effet était nécessaire puisque les essais cliniques du secteur privé sont contraints par des considérations touchant la propriété intellectuelle et le marché.⁸

À la Chambre des communes, les partis de l'opposition ont exprimé de l'insatisfaction devant la décision du gouvernement. Le Nouveau parti démocratique a avancé que de grandes sociétés pharmaceutiques avaient peut-être joué un rôle derrière cette

décision d'annuler le projet; le Parti libéral a demandé la tenue d'une enquête indépendante.

Aucun plan n'a encore été dévoilé pour l'utilisation révisée des 88 millions \$ prévus pour l'installation. En mars 2010, plusieurs organismes canadiens de lutte contre le VIH/sida, dont le Réseau juridique canadien VIH/sida, ont signé une lettre ouverte au premier ministre, Stephen Harper, et à Bill Gates, leur demandant de rendre une partie des fonds à l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida et d'utiliser l'argent pour renforcer le soutien aux nouvelles technologies de prévention du VIH.⁹

¹ E. Church, « Ottawa scraps \$88-million AIDS-vaccine project », *The Globe and Mail*, 19 février 2010.

² Gouvernement du Canada, « Mise à jour sur l'installation de fabrication de vaccins contre le VIH », 19 février 2010 (www.chvi-icvv.gc.ca).

³ *Ibid.*

⁴ « Ottawa scraps \$88-million AIDS-vaccine project » (*supra*).

⁵ E. Payne, « When good ideas go bad », *The Ottawa Citizen*, 25 février 2010.

⁶ Gouvernement du Canada (*supra*).

⁷ « We want your bids...now we don't », *North Bay Nugget*, 22 février 2010.

⁸ M. Rabson, « Researchers' group slams decision to cancel HIV-vaccination facility », *Canwest News Service*, 23 février 2010.

⁹ « Initiative canadienne de vaccin contre le VIH/sida : Lettre ouverte d'organismes canadiens de lutte contre le VIH/sida », mars 2010 (www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=1615).

Des enquêtes mettent au jour la discrimination en milieu de travail au Québec à l'encontre de personnes vivant avec le VIH/sida

Deux récentes enquêtes ont révélé que des personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH/sida) continuent d'être aux prises avec de la discrimination en milieu de travail, exercée par des collègues et des employeurs. Les constats des enquêtes commandées par la Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-SIDA) ont été rendus publics en novembre 2009.¹

La COCQ-SIDA a déclaré que les constats révélaient que les préjugés à propos des PVVIH/sida étaient encore forts, au Québec, et que cela pourrait nuire à l'accès de ces personnes au monde du travail ou avoir des conséquences sur la vie professionnelle de travailleurs vivant avec le VIH.²

La première enquête³ a porté sur les comportements de 1 054 répondants à l'endroit de collègues vivant avec le VIH/sida et sur leur connaissance du VIH. La seconde⁴ concernait les employeurs et leurs attitudes à l'égard d'employés ou potentiels employés vivant avec le VIH.

Première enquête

Plus de 42 % des répondants à la première enquête ont répondu qu'ils seraient « inquiets s'ils apprenaient qu'un collègue qu'ils côtoient fréquemment au travail vivait avec le VIH ». Treize p. cent (13 %) éviteraient de faire du sport avec cette personne et 16 % informeraient d'autres collègues de sa séropositivité. De plus, 43,6 % des répondants ont dit considérer qu'il est très important d'être informé de la séropositivité d'un collègue.⁵

Environ 51,5 % des répondants ayant déjà travaillé avec une PVVIH/sida ont dit considérer que cette personnes avait été rejetée

par ses collègues ou été l'objet de rumeurs et de commérage (47,7 %). Trente p. cent (30 %) ont dit qu'ils croyaient qu'un collègue PVVIH/sida avait déjà subi du harcèlement.⁶

En ce qui a trait à la connaissance du VIH, bien que les trois quarts des répondants ont affirmé être capables de définir ce que sont le VIH et le sida, seulement la moitié ont réussi à identifier la meilleure expression définissant chacun. Par ailleurs, 58,1 % des répondants ont dit croire que l'espérance de vie d'une PVVIH/sida se situe entre 10 et 20 années.⁷

Plusieurs employés potentiels ont dû répondre à des demandes de renseignements sur leur santé, au cours du processus d'embauche. Des répondants à l'enquête qui avaient cherché de l'emploi au cours des cinq années précédentes, 23,7 % ont déclaré qu'on leur avait posé des questions, oralement ou par écrit, à propos de leur état de santé,⁸ bien que ce type de question soit illégal. De fait, en vertu de la Charte canadienne des droits et libertés, l'employeur n'est pas autorisé à demander de tels renseignements à des candidats à l'embauche, à moins de circonstances très limitées qui constituent des exigences légitimes pour le poste en question. De plus, dans la plupart des cas il n'est pas

permis de demander à une personne de divulguer sa séropositivité au VIH, ou de passer un test et d'avoir un résultat négatif, pour l'embauche : cela constitue une mesure discriminatoire injustifiée (au motif du handicap) au regard de la Loi canadienne sur les droits de la personne.

La seconde enquête

L'autre enquête, qui s'adressait aux employeurs, a révélé des éléments qui donnent à croire que les PVVIH/sida sont encore l'objet de préjugés. Trente-huit p. cent (38 %) des répondants ont déclaré qu'ils éviteraient d'embaucher une PVVIH/sida si cela est possible, et 35,9 % ont dit croire qu'ils auraient une réaction négative (p. ex., déception, colère ou impression de trahison) s'ils apprenaient qu'un de leurs employés est séropositif au VIH et ne l'a pas divulgué dans un questionnaire au cours du processus d'embauche. La plupart des employeurs ont répondu qu'ils craindraient qu'un employé séropositif soit moins productif et moins efficace, et doive s'absenter fréquemment du travail.⁹

L'enquête a aussi révélé un lien étroit entre la considération des régimes d'assurance collective et la réticence des employeurs à l'idée d'embaucher des PVVIH/sida. Les

employeurs d'entreprises où un régime collectif est en vigueur ont dit se préoccuper des coûts des contributions. Un tiers des répondants ont déclaré avoir déjà rencontré une situation où les primes avaient augmenté de manière radicale en raison de la situation de santé d'un employé. Soixante p. cent (60 %) ont déclaré avoir été informés par l'assureur, des raisons de l'augmentation de leurs primes d'assurance collective; 45 % ont déclaré avoir été informés de certaines réclamations faites par leurs employés; 24 % ont mentionné connaître les noms des personnes de leur équipe qui prennent des médicaments.¹⁰ Ces résultats démontrent que la confidentialité des renseignements

de santé des employés n'est pas toujours respectée.

La COCQ-SIDA a affirmé que les enquêtes mettaient en relief un besoin de sensibiliser les employeurs et employés et de travailler avec eux, pour améliorer l'accès des PVVIH/sida au marché du travail et pour réduire la discrimination. C'est d'ailleurs dans ce but que la COCQ-SIDA et ses organismes partenaires travaillent depuis 2006 à un comité multisectoriel axé sur l'accès à l'emploi pour les personnes qui vivent avec une maladie chronique et épisodique. Une première réunion a été récemment organisée, avec le soutien de l'Institut national de santé publique du Québec.¹¹

¹ COCQ-SIDA, « Remise d'un rapport d'enquête sur le VIH/sida en milieu de travail. La méconnaissance et la désinformation font des ravages », communiqué, Montréal, 25 novembre 2009.

² *Ibid.*

³ COCQ-SIDA, *Rapport d'enquête, sondage téléphonique sur les attitudes et comportements au travail à l'endroit des personnes vivant avec le VIH (PVIH) ou vivant avec une autre maladie chronique et épisodique (PVMCE)*, 2 juillet 2009. Accessible via www.cocqsida.com.

⁴ COCQ-SIDA, *Rapport quantitatif, embauche et attitudes des employeurs*, 11 novembre 2009. Accessible via www.cocqsida.com.

⁵ COCQ-SIDA, *Rapport d'enquête (supra)*.

⁶ *Ibid.*

⁷ *Ibid.*

⁸ *Ibid.*

⁹ COCQ-SIDA, *Rapport quantitatif (supra)*.

¹⁰ *Ibid.*

¹¹ COCQ-SIDA, « Remise d'un rapport » (*supra*).

Le traumatisme historique contribue aux taux élevés d'hépatite C parmi les jeunes Autochtones

Une récente étude auprès de jeunes Autochtones de la Colombie-Britannique (C.-B.) suggère que le traumatisme associé au système de pensionnats accroît le risque d'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) parmi ceux qui s'injectent des drogues. L'étude signale aussi un risque d'épidémie de VHC plus vaste dans le nord de la province.¹

Menée dans le cadre du projet Cedar, une initiative de recherche à long terme sur les infections à VIH et à VHC parmi les jeunes Autochtones qui utilisent des drogues en C.-B. (financée par les Instituts de recherche en santé du Canada),²

l'étude avait pour principaux objectifs d'estimer la prévalence et l'incidence de l'infection à VHC parmi les jeunes Autochtones qui utilisent des drogues et d'identifier des facteurs de risque liés au VHC dans cette population.³

Des 512 jeunes Autochtones âgés de 14 à 30 ans et vivant à Vancouver ou dans la ville nordique de Prince George, plus de la moitié (286) ont dit s'injecter des drogues — et 59 % de ceux-ci avaient le VHC. L'étude a montré que la prévalence

de l'infection à VHC parmi les jeunes Autochtones est semblable à Vancouver et à Prince George.⁴ La ville de Vancouver était jadis considérée comme l'épicentre provincial et national du VIH et du VHC, mais la co-auteur Patricia Spittal est d'avis que les nouvelles données pourraient révéler une épidémie plus vaste et imminente dans le nord de la C.-B.⁵

L'étude a déterminé que les facteurs associés de manière significative à l'infection par le VHC parmi les jeunes Autochtones qui s'injectent des drogues incluent l'injection quotidienne d'opiacés; la réutilisation de seringues; la fréquentation d'un pensionnat par au moins un des parents; le sexe féminin; et la durée de l'injection de drogue (en années).⁶

Selon le Chef Wayne Christian, de la Première Nation Splitsin Secwepemc, les résultats de l'étude démontrent la nécessité de reconnaître le rôle du traumatisme historique dans la santé des communautés autochtones.⁷ Des

chercheurs autochtones font valoir depuis longtemps que les discussions sur la toxicomanie et la vulnérabilité aux maladies infectieuses devraient se fonder sur l'histoire autochtone, notamment le système de pensionnats qui a déraciné de leurs familles plus de 100 000 enfants, entre 1874 et 1986.⁸ Des études antérieures ont démontré que les enfants ayant fréquenté un pensionnat présentent des taux accrus d'abus sexuel ou d'usage de drogue. La nouvelle étude établit un lien entre le traumatisme des pensionnats et le risque accru de maladie infectieuse.⁹

Mme Spittal et ses collègues recommandent des programmes de prévention, de traitement et de réduction des méfaits axés sur la culture, pour les jeunes Autochtones. Le Chef Christian ajoute que des programmes communautaires sont requis pour aider les survivants et leurs enfants, en particulier les femmes, à composer avec le traumatisme historique lié au système de pensionnats.¹⁰

L'Agence de la santé publique du Canada estime à 0,8 % la prévalence du VHC dans la population canadienne générale, et à sept fois plus parmi les communautés autochtones du pays. Toutefois, ces données ne représentent que les Autochtones des régions urbaines et pourraient ne pas s'appliquer à l'ensemble de la population autochtone.

¹ K. J. P. Craib et coll., « Prevalence and incidence of hepatitis C virus infection among Aboriginal young people who use drugs: results from the Cedar Project », *Open Medicine* 3(4), 2009.

² *Ibid.*

³ *Ibid.*

⁴ *Ibid.*

⁵ A. Picard, « One-third of young native drug users have hepatitis C, study finds », *The Globe and Mail*, 11 février 2010.

⁶ *Ibid.*

⁷ « Historic trauma in aboriginals boosts hepatitis C risk », CBC News. Accessible via www.cbc.ca.

⁸ K. J. P. Craib et coll. (*supra*).

⁹ *Ibid.*

¹⁰ *Ibid.*, A. Picard (*supra*).

En bref

L'Institut national de santé publique du Québec se dit en faveur de services d'injection supervisée

En décembre 2009, l'Institut national de santé publique du Québec a publié un avis recommandant la mise en œuvre de sites d'injection super-

visée (SIS), dans la province. L'avis découle d'une analyse critique de la recherche scientifique sur l'impact de tels services et d'un examen de la littérature abordant leurs aspects juridiques, éthiques et sociaux.¹

L'Institut, qui est un organisme gouvernemental, affirme que les SIS constituent des réponses pragmatiques, humanistes et innovatrices face

à certains problèmes auxquels les approches traditionnelles (p. ex. prohibition, traitement) ou même les services de réduction des méfaits actuels n'ont pas fourni de solutions. De plus, aucun effet négatif sur la santé n'a été documenté dans les recherches scientifiques menées à ce jour.²

Dans son analyse des bienfaits reconnus des SIS, l'Institut signale :

l'amélioration du travail de milieu auprès des populations marginalisées; l'absence de décès par surdose; la réduction des risques de santé liés à l'usage de drogue par injection; l'absence d'augmentation, voire la possible réduction, des cas de nuisance publique; la stabilisation au plan de la santé des personnes qui s'injectent de la drogue; et la hausse du nombre de références à des programmes de traitement de la toxicomanie.³

Il a signalé, de plus, que les SIS représentent un investissement judicieux et efficace de ressources de santé publique, tel que confirmé par une récente étude sur le site d'injection supervisée à Vancouver, l'Insite.⁴

L'Institut ajoute ainsi son opinion favorable, à l'égard des SIS, à celles de plusieurs autres organismes comme l'Association médicale canadienne et l'Organisation mondiale de la santé. La Cour d'appel de la Colombie-Britannique a par ailleurs rendu récemment un jugement en faveur de l'Insite.⁵

L'injection de drogue a des répercussions critiques sur la santé publique, au Québec. Selon l'Association québécoise pour la défense des droits et l'inclusion des personnes qui consomment des drogues, un organisme de défense des droits des utilisateurs de drogue, 17 % des personnes qui s'injectent des drogues au Québec vivent avec le VIH, et 68 % vivent avec l'hépatite C.⁶

En dépit de l'avis récemment publié par l'Institut, et du fait que les SIS figurent officiellement dans le programme québécois pour la santé publique depuis 2008, le ministre de la Santé du Québec, Yves Bolduc, n'a exprimé aucun intérêt pour la création de telles initiatives au Québec.⁷

La prorogation du Parlement bloque la progression de lois sur les drogues

Le 30 décembre 2009, le premier ministre du Canada a demandé à la gouverneure générale de proroger le Parlement jusqu'au 3 mars 2010. Deux projets de loi sur les drogues sont morts au feuillet, alors qu'un troisième a survécu et continuera son chemin lors de la nouvelle session parlementaire.

Interrompant tous les travaux et initiatives législatives du Parlement, la prorogation a fait en sorte que le Projet de loi C-15, *Loi modifiant la Loi réglementant certaines drogues et autres substances et apportant des modifications connexes et corrélatives à d'autres lois*, est mort au feuillet avant de recevoir la sanction royale.

Le Projet de loi C-15 a été adopté par la Chambre des communes et le Sénat, avec des amendements apportés par celui-ci. Il a donc été renvoyé à la Chambre des communes le 14 décembre 2009, pour approbation des amendements du Sénat.

Cette loi proposait d'établir des peines minimales obligatoires pour diverses infractions liées à la drogue, comme le trafic, la possession aux fins de trafic, l'importation, l'exportation et la production de toute quantité de substances réglementées comme l'héroïne, la cocaïne et les amphétamines. Le Réseau juridique canadien VIH/sida a préparé un témoignage écrit dans lequel il affirmait que, bien que la sécurité publique soit un objectif louable, les mesures proposées dans le Projet de loi C-15 étaient malavisées sur les plans des finances, de la santé publique et des droits humains.

L'on s'attend à ce que le Parti conservateur réintroduise ce projet de loi, plus tard cette année.

Avant la prorogation, deux initiatives législatives visaient à réformer le Régime canadien d'accès aux médicaments (RCAM). Le Projet de loi S-232 du Sénat et le Projet de loi C-393 émanant d'une députée proposaient tous deux des amendements pour simplifier le système, afin que plus de médicaments génériques abordables soient envoyés aux patients du monde en développement. Depuis l'adoption du RCAM en 2004, une seule commande de médicaments anti-sida a été expédiée dans un seul pays (le Rwanda). Le Réseau juridique considère le RCAM comme étant lacunaire, en raison notamment de la lourdeur de son processus. Les réformes proposées régleraient en grande partie ce problème.

Toutefois, la prorogation a fait avorter le Projet de loi S-232, qui était à l'étude auprès du Comité permanent des banques et du commerce. Le Comité avait tenu des audiences à l'automne pour entendre divers témoignages d'experts et d'organismes (dont le Réseau juridique).

Quant au Projet de loi C-393, initiative législative pratiquement identique et axée sur le même but, il a franchi l'étape de la seconde lecture à la Chambre des communes le 2 décembre 2009. Puisqu'il s'agit d'un projet de loi émanant d'une députée, il a survécu à la prorogation et retournera automatiquement à l'étude par un comité. À présent que les travaux parlementaires ont repris, il sera donc examiné par le Comité permanent de l'industrie, des sciences et de la technologie de la Chambre des communes.

– Gilles Marchildon

Gilles Marchildon (gmarchildon@aidslaw.ca) est directeur des communications du Réseau juridique canadien VIH/sida.

Un règlement de la Ville de Québec qui touche notamment les instruments pour l'usage de drogue pourrait entraver les programmes de réduction des méfaits

Les travailleurs communautaires pour la réduction des méfaits et les utilisateurs de drogue de Québec pourraient être ciblés, par l'application de ce règlement municipal.

En vertu de l'article 4 du *Règlement sur la paix et le bon ordre*, « [i]l est interdit, dans un endroit public ou une rue, d'avoir en sa possession quelque objet, matériel ou équipement servant ou facilitant la consommation de stupéfiants ... à savoir ... toute pipe à hash ... seringue et tout autre objet relié à la consommation de stupéfiants ». L'article 21 stipule par ailleurs que toute personne qui contrevient ou laisse une autre personne contrevient à ce règlement s'expose à une amende d'entre 150 \$ et 1 000 \$, et que dans le cas d'une personne morale l'amende est de 300 \$ à 2 000 \$.⁸

Les conséquences du règlement pourraient être graves pour les pro-

grammes de réduction des méfaits dans la ville. Les clients de ces services pourraient être réticents à avoir une seringue sur eux, par crainte d'être pris en délit par la police et de recevoir une amende. Ils pourraient préférer abandonner dans les rues leurs seringues usagées, plutôt que de les rapporter aux points de services. Ils pourraient aussi être tentés d'utiliser moins de seringues, ce qui augmenterait le risque de transmission du VIH, du VHC et d'autres infections.⁹ Le règlement pourrait être source de difficulté pour les intervenants communautaires également, puisque ceux-ci pourraient se voir imposer une amende pour avoir fait la distribution de seringues stériles.

Au moins cinq rapports de police ont été déposés en vertu du règlement. L'organisme Point de repères, qui est mandaté par la municipalité de procéder à la collecte des seringues usagées aux quatre coins de la ville, et financé par la Direction de la santé publique de la Capitale nationale pour distribuer des seringues stériles aux personnes qui consomment de la drogue par injection, a signalé qu'au moins une personne a reçu une amende.¹⁰

Point de repères a demandé à ce que le règlement soit amendé par une disposition exemptant le matériel distribué ou recueilli pour la prévention d'infections transmissibles par le sang. En date du début d'avril, plus de 564 personnes avaient signé une

pétition à l'appui de changements au règlement et 23 organismes québécois avaient exprimé leur appui à cet effet. Des réunions ont été organisées par ailleurs, avec le chef de la police de Québec et un conseiller municipal, afin de leur faire comprendre la nécessité d'amender le règlement.¹¹

¹ Institut national de santé publique du Québec, *Avis sur la pertinence des services d'injection supervisée : une analyse critique de la littérature*, 4 décembre 2009 (www.inspq.qc.ca/pdf/publications/962_PertinenceInjecSupervisee.pdf); « Superviser pour éviter les maladies », Radio-Canada, 6 décembre 2009 (www.radio-canada.ca/nouvelles/Science-Sante/2009/12/05/001-toxico-sites-supervises.shtml).

² Institut national de santé publique du Québec (*supra*).

³ *Ibid.*

⁴ *Ibid.*, M. A. Andresen et N. Boyd, « A cost-benefit and cost-effectiveness analysis of Vancouver's supervised injection facility », *International Journal of Drug Policy* 21 (2010) : 70-76. Vancouver est la seule ville canadienne où il existe un site d'injection supervisée.

⁵ Voir S. Chu, « La Cour d'appel de Colombie-Britannique confirme le droit du site d'injection supervisée de poursuivre ses activités », *Revue VIH/sida, politiques et droit*, 14(3) (2010) : 33-35.

⁶ « Superviser pour éviter les maladies » (*supra*).

⁷ M. Marchal, « Le ministre Bolduc est évasif à propos des sites d'injection supervisée », *Métra*, 8 décembre 2009.

⁸ Ville de Québec, *Règlement R.V.Q. 1091, Règlement sur la paix et le bon ordre*, 16 mars 2009.

⁹ M. Lalancette, « Interdiction de posséder des seringues: les travailleurs de rue piqués au vif », *Le Soleil*, 7 novembre 2009.

¹⁰ Information reçue de Point de repères.

¹¹ *Ibid.*

DÉVELOPPEMENTS INTERNATIONAUX

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

Kenya — Le gouvernement crée un tribunal dédié aux enjeux liés au VIH

Le 21 janvier 2010, des dirigeants du Gouvernement du Kenya ont annoncé la création officielle du tout premier tribunal consacré aux enjeux juridiques liés au VIH/sida. On y entendra notamment des affaires liées à la transmission du VIH; à la confidentialité des renseignements et dossiers médicaux; au test du VIH; à l'accès aux services de santé; aux lois et politiques discriminatoires; et à la recherche sur le VIH.¹

Le tribunal a été créé en vertu de la *HIV and AIDS Prevention and Control Act* [Loi sur la prévention et

le contrôle du VIH/sida] (HAPCA),² signée en 2006 par le président Mwai Kibaki. La HAPCA stipule que le but

du nouveau tribunal est d'élargir « à toute personne soupçonnée d'être ou connue comme étant séropositive au

VIH, la protection complète de ses droits humains et libertés civiles ».³ Elle interdit aussi la discrimination fondée sur la séropositivité au VIH et prévoit des amendes ou des peines d'emprisonnement.⁴

Bien qu'elle ne s'applique pas aux affaires pénales, la HAPCA habilite le tribunal à poser tout jugement qu'il considère adéquat en réponse à toute infraction à ses dispositions, notamment le dédommagement en cas de perte financière, d'atteinte à la dignité ou de douleur et souffrance, et à ordonner l'adoption de mesures pour que cesse la pratique discriminatoire.⁵

Le tribunal fonctionnera sous les auspices du procureur général, avec le statut et les pouvoirs juridiques d'une cour subordonnée, y compris le droit d'assigner des témoins et de recevoir des éléments de preuve.⁶ Conformément à la HAPCA, il sera composé d'un président détenant au moins sept années d'expérience comme avocat de la Haute Cour; de deux avocats de la Haute Cour détenant au moins cinq années d'exercice à ce titre; de deux praticiens médicaux; et de deux membres ayant des compétences ou connaissances spécialisées et pertinentes au tribunal.⁷ Dans cette dernière catégorie, un des membres serait un activiste du domaine du sida qui vit avec le VIH/sida depuis plus de vingt ans.⁸

Ambrose Rachier, président du tribunal, en a confirmé le rôle crucial en signalant que « l'on ne peut nier l'existence de violations et d'abus à l'endroit de personnes vivant avec le VIH. Si une femme séropositive est expulsée de son logis par sa belle-famille ou son époux, il s'agit là d'une grave violation de ses droits humains ». M. Rachier a expliqué que le tribunal aura pour responsabilités d'étudier des plaintes liées au VIH et aux droits humains, dans le contexte de la HAPCA, et d'agir le plus rapidement possible – puisque « nos droits humains ne sont pas suspendus parce que l'on vit avec le VIH ».⁹

Des réseaux de personnes vivant avec le VIH ont accueilli favorablement le nouveau tribunal et ont commencé, avec des regroupements d'activistes, à compiler des listes de plaintes dès son annonce en janvier. Selon l'*East African Standard*, les affaires à l'ordre du jour du tribunal incluait des allégations de discrimination au travail, à l'école, dans des ambassades étrangères et au foyer. Des sources ont fait état d'allégations de test sans consentement et de recherche illégale, de refus de visa de voyage, de perte d'emploi, de divorce et d'expulsions de logis et d'écoles, sur la base de la séropositivité au VIH.¹⁰

Plus de 1,5 millions de personnes sont décédées du sida, au Kenya; et il est estimé que plus de 2 millions de personnes y vivent présentement avec le VIH/sida.¹¹

– Kelly Sinclair

Kelly Sinclair
(ksinclair@millerthomson.com)
est avocate au cabinet Miller Thomson,
à Toronto.

¹ « Kenya: Special Tribunal for HIV-related issues », *PlusNews*, 21 janvier 2010.

² Act No. 14 of 2006 – *HIV and AIDS Prevention and Control Act*.

³ *Ibid.*, art. 3(b).

⁴ *Ibid.*

⁵ *Ibid.*, art.27(7)(c).

⁶ D. Manes, « Kenya forming special tribunal to hear HIV-related legal issues », *The JURIST*, 22 janvier 2010.

⁷ *HIV and AIDS Prevention and Control Act (supra)*.

⁸ J. Oywa, « Can of Worms Awaits HIV and AIDS Tribunal », *East African Standard*, 14 janvier 2010.

⁹ « Kenya: Special Tribunal for HIV-related issues » (*supra*).

¹⁰ « Kenya forming special tribunal to hear HIV-related legal issues » (*supra*).

¹¹ National Empowerment Network of People Living with HIV/AIDS in Kenya, « HIV in Kenya ». Accessible via www.nephak.org.

Afrique du Sud — Une nouvelle politique ouvre de nouveaux horizons aux soldats séropositifs

À la fin de 2009, le Gouvernement de l'Afrique du Sud a annoncé une nouvelle politique sur le VIH/sida pour la South African National Defence Force (SANDF) [Forces armées de l'Afrique du Sud], à l'effet que des soldats séropositifs au VIH peuvent désormais être déployés à l'étranger et promus.¹

Dans une déclaration de novembre 2009, la SANDF a signalé que la nouvelle politique prévoyait le « recrutement et le déploiement sélectif de membres séropositifs au VIH » de l'armée — conformément à l'arrêt de mai 2008 de la Haute Cour, qui avait déclaré inconstitutionnelle l'ancienne politique d'exclusion des personnes séropositives du recrutement et du déploiement à l'étranger.²

Aidée de l'AIDS Law Project (ALP), la South African Security Forces Union (SASFU), qui est un syndicat, avait plaidé devant la Haute Cour au nom de deux membres qui s'étaient vu refuser des occasions d'emploi et de déploiement en raison de leur séropositivité au VIH.

Le lieutenant-général Vejaynand Ramlakan, médecin-hygiéniste en chef de la SANDF, a affirmé que l'armée avait commencé bien avant à réviser sa politique sur le VIH/sida. Les détails du nouveau cadre demeurent confidentiels, mais certains éléments « du domaine public » seraient déjà en œuvre.³

« La raison pour laquelle [la nouvelle politique] a exigé du temps est qu'il s'agit de stigmatisation et de peurs entourant le VIH/sida », a-t-il expliqué. « Les soldats entretiennent les mêmes idées erronées que le reste de

la société. Nous avons dû consulter tous les commandants de l'armée et les convaincre de la nécessité de modifier la politique existante, puis prévenir toute crainte à l'effet que la préparation au combat serait compromise. »⁴

Le lieutenant-général a précisé que la politique n'impliquait pas que tous les soldats séropositifs seraient déployés. « Si vous avez le VIH et êtes malade, il est évident que vous ne serez pas mis sur la ligne de front. Mais si vous avez le VIH et êtes en forme, votre séropositivité comptera moins... »⁵

M. S'khumbuzo Maphumalo, avocat de l'ALP ayant initié la cause type, a noté que « cela signifie que les membres séropositifs de notre armée qui, par exemple, sont traités et ont une santé stable, rempliront les critères minimaux et seront admissibles à être recrutés, déployés et promus — ce qui n'était pas le cas auparavant ».⁶

Une ébauche de la nouvelle politique, obtenue par l'ALP, fait état d'un système de classification des soldats en fonction de leur état de santé et de leurs besoins connexes.

Un soldat séropositif asymptomatique et dont l'état de santé est stable pourra désormais être classé « G2K1 » — ce qui signifie qu'il a

une maladie chronique mais traitable, et qu'il peut être déployé « n'importe où, n'importe quand ». Toutefois, pour qu'un soldat séropositif puisse être déployé à l'étranger, il devra avoir un compte de cellules CD4 supérieur à 350 et une charge virale indétectable. L'ALP a signalé que cela aura pour effet d'exclure tout individu non traité, puisque seuls des ARV peuvent réduire la charge virale à un niveau indétectable.⁷

Une recrue séropositive sera aussi tenue de prendre des ARV pendant trois à six mois avant d'être considérée à des fins de déploiement. Un manquement au régime de traitement constitue un motif suffisant pour être déclaré « temporairement inapte au déploiement et aux cours militaires ».⁸

N. Ramlakan a confirmé qu'un soldat séropositif devra prendre des ARV pour être admissible au déploiement à l'étranger, mais il a refusé d'expliquer le fondement de cette exigence. Il a aussi noté que les militaires dont la classification de santé est supérieure auront préséance pour le déploiement à l'étranger.

Le lieutenant-général a indiqué qu'une campagne est en cours pour informer les commandants d'unités et les intervenants de santé au sujet de la nouvelle politique.

Des études antérieures ont révélé que de 25 à 30 % des soldats sud-africains ont le VIH et que la plupart l'ont contracté lors d'un déploiement.⁹

– David Cozac

¹ « New AIDS policy for South African military », *Public Radio International*, 19 décembre 2009.

² « South Africa: Military gets new HIV policy », *PlusNews*, 26 janvier 2010.

³ *Ibid.*

⁴ *Ibid.*

⁵ « New AIDS policy for South African military » (*supra*).

⁶ *Ibid.*

⁷ « South Africa: Military gets new HIV policy » (*supra*).

⁸ *Ibid.*

⁹ « New AIDS policy for South African military » (*supra*). Burundi — Le nouveau Code pénal criminalise l'homosexualité

En bref

Corée du Sud — Levée trompeuse de l'interdiction de séjour aux personnes séropositives

Le directeur général de l'ONUSIDA, Michel Sidibé, et le Secrétaire général de l'ONU, Ban Ki-moon, ont applaudi l'élimination apparente, depuis le 1er janvier 2010, des restrictions de séjour fondées sur la séropositivité au VIH en Corée du Sud.¹ Or, bien que des dispositions de sa *Immigration Control Act* [Loi sur le contrôle de l'immigration] apportent un soi-disant fondement juridique aux restrictions de séjour et à la déportation fondées sur la séropositivité au VIH, la Corée du Sud n'a jamais exigé de ses visiteurs de courte durée qu'ils se soumettent à un test du VIH; l'« interdiction de séjour » était donc peu, voire jamais, appliquée.²

De fait, aucune nouvelle loi ou politique n'a été créée conjointement à l'annonce de la levée des restrictions de séjour liées au VIH, et celle-ci ne semble pas avoir affecté les règlements relatifs au test obligatoire du VIH pour certains « visiteurs de

longue durée » ou étrangers qui veulent travailler au pays pendant plus de trois mois.³ Selon l'article 8(3) de l'*AIDS Prevention Act* [Loi sur la prévention du sida] de la Corée du Sud, les individus qui demandent un visa d'emploi E-6 (i.e. qui veulent travailler dans le domaine du divertissement ou du sport pendant plus de trois mois) sont tenus de passer un test du VIH. S'ils sont trouvés séropositifs, le gouvernement peut invoquer l'article 46(1) de l'*Immigration Control Act* pour les déporter.⁴ De la même façon, les individus qui demandent un visa E-2 (i.e., enseignants de langue étrangère) doivent aussi passer un test du VIH dans les 90 jours suivant leur entrée au pays — mais cette exigence est présentement contestée au plan de la constitutionnalité.⁵

Selon l'organisme de droit humains Asia Catalyst, il semble « trop tôt pour déterminer quel sera l'impact, le cas échéant, de la récente annonce sur le Projet de loi 3356 [test obligatoire du VIH pour tous les étrangers qui demandent un visa d'emploi], en instance devant l'Assemblée nationale ». ⁶ Alors que les PVVIH/sida ne se verront pas néces-

sairement refuser l'entrée en Corée du Sud, les individus qui souhaitent y vivre et y travailler pourraient encore devoir se soumettre à un test du VIH et risquer la déportation s'ils sont séropositifs au VIH.

– Sandra Ka Hon Chu

Zimbabwe — Le processus de réforme constitutionnelle : une occasion de protéger les droits des personnes séropositives

À l'heure d'une réforme constitutionnelle, au Zimbabwe, des activistes du domaine du VIH/sida ont amorcé une importante campagne pour enchâsser les droits des personnes vivant avec le VIH dans la constitution nationale — dont la forme actuelle n'inclut pas de droit explicite à la santé ni de référence au VIH. Le processus de réforme constitutionnelle a été officialisé par une entente signée en septembre 2008 par les trois principaux partis politiques du Zimbabwe, mandatant un processus de 19 mois pour l'éla-

boration d'une nouvelle constitution.⁷ Le Southern Africa AIDS Information Dissemination Service (SAfAIDS), un organisme régional de lutte contre le VIH/sida à but non lucratif, et le Zimbabwe National Network of People Living with HIV and AIDS (ZNNP+) ont exhorté au développement d'une charte des droits qui inclurait des dispositions sur la non-discrimination et la protection égale devant la loi, afin d'assurer un meilleur accès aux services de santé. Selon le ZNNP+, les deux millions de personnes qui vivent avec le VIH/sida au Zimbabwe continuent de rencontrer d'importants défis dans l'accès aux traitements, aux services sociaux, aux soins de santé primaires et à l'éducation.

Les activistes ont aussi enjoint aux responsables des politiques d'inclure une clause qui obligerait le gouvernement à verser un minimum de 10 à 15 % de son budget national aux soins de santé.⁸

SAfAIDS et ZNNP+ ont prévu des dialogues de politiques aux quatre coins du Zimbabwe, afin de recueillir les perspectives de personnes vivant avec le VIH/sida et de les intégrer dans un document qui sera présenté aux membres du Comité parlementaire spécial, pour inclusion dans l'ébauche de constitution.

– Sandra Ka Hon Chu

Australie — Des politiques nationales sur le VIH et les réfugiés sont jugées discriminatoires

En janvier 2010, le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR) a exhorté

l'Australie à abolir sa politique actuelle d'imposition du test du VIH aux demandeurs du statut de réfugié et de refus d'immigration à ceux trouvés séropositifs. Dans un mémoire au Comité permanent conjoint sur la migration — chargé de mener une enquête parlementaire sur le traitement des migrants handicapés en Australie — le bureau régional de l'agence onusienne a critiqué cette politique, la qualifiant de menace à diverses normes des droits humains, notamment celles enchâssées dans des conventions internationales dont l'Australie est signataire.⁹

À l'heure actuelle, le cas des immigrants ou réfugiés potentiels ayant un handicap ou une maladie doit être évalué, pour que soient estimés les coûts des traitements dont ils pourraient avoir besoin. Aux fins d'un visa d'immigration, le coût estimé des traitements à vie ne doit pas dépasser 21 000 \$AUS. Le ministère de l'Immigration de l'Australie considère que le coût du traitement à vie d'une personne vivant avec le VIH oscille entre 240 000 et 250 000 \$AUS.¹⁰ Le ministère dispose d'une certaine latitude pour lever cette exigence dans le cas d'immigrants qualifiés ou de partenaires de citoyens australiens, mais les demandeurs du statut de réfugié n'ont aucune possibilité de telle dispense à moins d'être parrainés par un citoyen australien.¹¹ Comme le soutient l'UNHCR, « en dépit d'une disponibilité théorique de la dispense, l'expérience pratique de l'UNHCR révèle qu'elle est rarement utilisée ».¹²

Divers organismes australiens de lutte contre le VIH/sida ont aussi fait pression pour la réforme des règlements qui touchent les réfugiés et immigrants vivant avec le VIH. Leurs mémoires au Comité permanent

conjoint sur la migration incluent des appels à l'effet que la *Migration Act* [Loi sur la migration] de l'Australie ne soit plus à l'abri des dispositions de la *Disability Discrimination Act* [Loi sur la discrimination fondée sur le handicap] et que soit abolie l'exigence de test obligatoire du VIH pour les réfugiés et les immigrants; que les cas des réfugiés et immigrants soient évalués par des spécialistes médicaux; et qu'ils puissent continuer de contribuer de manière différentielle au système de santé et de bien-être, pour défrayer les coûts liés à leur migration. Une recommandation spécifique aux cas des réfugiés était que le test du VIH soit effectué après l'arrivée en Australie, afin que les demandeurs de statut puissent être référés à des services de soutien et de santé appropriés et adaptés à leur culture.¹³

Créé pour examiner l'échec des politiques migratoires actuelles de l'Australie à tenir compte des contributions économiques et sociales potentielles d'immigrants ou réfugiés handicapés, le Comité devrait publier un rapport plus tard cette année.

– Sandra Ka Hon Chu

Tadjikistan — Mise à l'essai de programmes d'échange de seringues en prison

En novembre 2009, vu le risque de transmission du VIH et du virus de l'hépatite C (VHC) parmi les personnes incarcérées qui s'injectent des drogues, le ministère des Affaires carcérales du Tadjikistan (appuyé par le Programme sur le contrôle du VIH/sida, de la tuberculose et

du paludisme du Programme des Nations Unies pour le développement) a procédé à l'évaluation rapide de plusieurs prisons du pays afin d'identifier un établissement où introduire un programme pilote d'échange de seringues en prison (PÉSP). En janvier 2010, le ministère a signé un décret pour la mise à l'essai de tels programmes dans des prisons du Tadjikistan.¹⁴

La première étape de la mise en œuvre a impliqué la formation des employés et des détenus de l'établissement choisi, quant au besoin urgent et aux détails de la mise en œuvre du PÉSP. Une formation sur la prévention du VIH, en particulier sur la réduction

des méfaits, a ensuite été fournie à 20 employés de l'établissement. Des séances éducatives à l'intention des détenus ont aussi été prévues.

Le Tadjikistan est le deuxième pays d'Asie centrale à se doter de PÉSP, après le Kirghizstan.

– Sandra Ka Hon Chu

¹ « Le Secrétaire général des Nations Unies applaudit la levée des restrictions à l'entrée du pays fondées sur la sérologie VIH par les États-Unis d'Amérique et la République de Corée », 4 janvier 2010. Accessible via www.unaids.org.

² K. Oh, « A Second Look at Korea's "Lifting" of its HIV Travel Ban », 26 janvier 2010. Accessible via www.asiacatalyst.org.

³ Korea HIV/AIDS Prevention and Support Center, *FAQs: Korean Policy on HIV/AIDS*, sans date. Accessible à www.khap.org/Eng_Html/Counsel_022.php.

⁴ K. Oh, *supra*.

⁵ *Ibid.*

⁶ *Ibid.*

⁷ SAfAIDS, *Making HIV Prevention, Care, Treatment and Support a Constitutional Issue in Zimbabwe: Amplifying voices of PLHIV*, non daté.

⁸ « HIV-positive people want constitutional rights », *PlusNews*, 4 février 2010.

⁹ N. Bitá, « United Nations blasts HIV tests on asylum-seekers », *The Australian*, 29 janvier 2010.

¹⁰ C. Hart, « PM blasted over HIV comments », *The Australian*, 14 avril 2007.

¹¹ G. Brown, « Why can't Australia accept migrants with HIV? », *The Punch*, 3 février 2010.

¹² N. Bitá, *supra*.

¹³ A. Potts, « HIV+ migrant inquiry », *Sydney Star Observer*, 9 mars 2010.

¹⁴ *UNDP Tajikistan Bulletin*, numéro 11, février 2010.

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 Sandra Ka Hon Chu (schu@aidslaw.ca), analyste principale des politiques au Réseau juridique canadien VIH/sida et responsable de la présente section. Sauf indication contraire, tous les articles de la présente section ont été rédigés par Sandra Chu.

La Cour d'appel de Colombie-Britannique confirme le droit du site d'injection supervisé de poursuivre ses activités

Le 15 janvier 2010, la Cour d'appel de Colombie-Britannique a jugé que l'Insite, le premier site d'injection supervisé en Amérique du Nord, est une entreprise provinciale qui ne nuit pas aux objectifs fédéraux de protection de la santé ou d'élimination d'un marché qui alimente le crime lié à la drogue. En conséquence, a conclu la Cour, les dispositions de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances (LDAS)* ne lui sont pas applicables.¹

En septembre 2003, le Vancouver Coastal Health Authority, en collaboration avec la PHS Community

Services Society, a ouvert l'Insite et en a assuré le fonctionnement à la faveur d'exemptions relatives aux

poursuites pour possession et trafic de substances réglementées en contravention des articles 4(1) et 5(1)

de la *LDAS*, exemptions fondées sur la nécessité justifiée par des motifs scientifiques.

L'exemption avait à l'origine été accordée par le ministre fédéral de la Santé en 2003, et subséquemment prolongée jusqu'en juin 2008. Comme il ne semblait pas y avoir d'autre prolongation en vue, deux actions distinctes ont été intentées devant la Cour suprême de Colombie-Britannique, une par PHS et deux de ses clients, et l'autre par le Vancouver Area Network of Drug Users (VANDU).

Dans son action, PHS soutenait que l'Insite est une entreprise de soins de santé dont les activités relèvent de la compétence de la province, et que le pouvoir fédéral de légiférer dans le domaine du droit criminel ne peut porter atteinte au pouvoir constitutionnel de la province relatif aux soins de santé, vu la doctrine de l'immunité intergouvernementale.

La Cour suprême de Colombie-Britannique a rejeté cet argument, mais a accepté l'autre argument de PHS, selon lequel les articles 4(1) et 5(1) de la *LDAS* sont inconstitutionnels et devraient être invalidés parce qu'ils privent les personnes dépendantes d'une ou plusieurs substances contrôlées de l'accès aux soins de santé offerts à l'Insite — et, en conséquence, violent les droits garantis par l'article 7 de la *Charte canadienne des droits et libertés (Charte)* à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne, droits auxquels il ne peut être porté atteinte qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale.²

La Cour suprême de Colombie-Britannique a donc déclaré ces articles de la *LDAS* incompatibles avec la *Charte* et nuls et sans effet, et elle a accordé à l'Insite une exemp-

tion constitutionnelle immédiate de manière à lui permettre de poursuivre ses activités sans craindre d'exposer ses usagers ou son personnel à des poursuites pénales. La Cour a suspendu pour une année l'effet de la déclaration d'invalidité constitutionnelle pour permettre au gouvernement fédéral de modifier ses lois de manière à autoriser l'utilisation médicale de drogues illicites dans le cadre de programmes de soins de santé.

Le procureur général du Canada (Canada) a porté cette ordonnance en appel et PHS a formé un appel incident contre le rejet de sa requête pour faire déclarer que les articles 4(1) et 5(1) de la *LDAS* ne sont pas applicables à l'Insite en raison de la doctrine de l'immunité intergouvernementale.

Dans sa décision, la Cour d'appel de Colombie-Britannique a conclu que l'application de la doctrine de l'immunité intergouvernementale avait pour effet de restreindre suffisamment le pouvoir de contrainte fédéral pour protéger l'exercice d'un pouvoir provincial exclusif — à savoir, la fourniture d'un service de santé.

Comme l'a dit le juge Huddart, qui a rédigé le jugement de la majorité, « ...l'Insite est une entreprise provinciale. C'est un établissement de soins de santé créé et réglementé par une loi provinciale dans les limites de la compétence exclusive de la province.... *Il serait difficile d'envisager autre chose, au cœur de la raison d'être d'un hôpital, que la détermination de la nature des services qu'il fournit à la communauté qu'il sert.* En effet, il serait difficile d'envisager rien de plus central à la compétence générale de la province sur les soins de santé que des décisions sur la nature des services qu'elle fournit. »³ [souligné dans l'original]

Selon le juge Huddart, un service d'injection supervisée de drogue ne porte pas atteinte aux objectifs fédéraux de protection de la santé ou d'élimination d'un marché qui contribue à alimenter les crimes très graves d'importation, de production et de trafic de drogue. Plutôt, « [d]ans la mesure où le droit criminel traite la possession pour consommation personnelle comme un crime à cause de son rôle dans la création d'un marché illégal 'd'offre et de demande', ce rôle a déjà suivi son cours lorsqu'un toxicomane s'adresse à l'Insite ou à un établissement comparable. »⁴

Le juge Huddart a conclu que l'application restreinte de l'immunité intergouvernementale pour protéger une entreprise provinciale lors de deux exercices de pouvoirs *intra vires* s'affrontent empêchait une décision anticipée, automatique et non contextuelle en faveur du pouvoir fédéral. Par conséquent, la Cour d'appel de Colombie-Britannique a rejeté l'appel du Canada et a accueilli l'appel incident de PHS, et elle a conclu que les articles 4(1) et 5(1) de la *LDAS* étaient inapplicables à l'Insite. Considérant ses conclusions à cet égard, le juge a décidé qu'il était inutile d'examiner l'autre argument de PHS fondé sur l'article 7 de la *Charte*.

Le juge Rowles a néanmoins déclaré, en *obiter*, qu'elle approuvait le jugement de première instance selon lequel les articles 4(1) et 5(1) de la *LDAS* portaient atteinte aux droits à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne en ce qui a trait aux usagers de l'Insite, et que ces dispositions violaient l'article 7 de la *Charte* d'une manière non conforme aux principes de justice fondamentale. À son avis, « [l']application des dispositions de la

LDAS à l'Insite aurait pour effet de refuser des soins essentiels à des personnes souffrant d'une maladie très grave et chronique, et cela sans procurer aucun avantage à ces personnes ou à la société en général. »⁵

En outre, dans sa décision, la juge Huddart a précisé qu'elle avait eu l'occasion d'examiner les motifs du jugement de la juge Rowles,

et qu'elle était « généralement en accord avec eux ». ⁶ Donc la majorité de la Cour d'appel de la Colombie-Britannique a accueilli les arguments fondés sur la Charte présentés par PHS au soutien de Insite.

En février 2010, le ministre fédéral de la Justice, Rob Nicholson, a annoncé l'intention du Canada de porter la décision en appel à la Cour suprême du Canada.⁷

¹ *PHS Community Services Society c. Canada (Attorney General)*, 2010 BCCA 15 (Cour d'appel de Colombie-Britannique).

² *PHS Community Services Society c. Attorney General of Canada*, 2008 BCSC 661 (Cour suprême de Colombie-Britannique).

³ *PHS Community Services Society c. Canada (supra)*, par. 157.

⁴ *Ibid.*, par. 169.

⁵ *PHS Community Services Society c. Canada (supra)*, par. 76.

⁶ *Ibid.*, par. 199.

⁷ « Ottawa to appeal injection site ruling », CBC News, 9 février 2010.

La Cour de justice de l'Ontario rejette le recours collectif de personnes notifiées d'une exposition à la tuberculose

La décision récente de la Cour supérieure de justice de l'Ontario de rejeter un recours collectif intenté par des personnes qu'on avait informées qu'elles avaient peut-être été exposées à la tuberculose et qui avaient postérieurement dû passer des tests a d'importantes implications pour la pratique de la santé publique consistant à organiser des campagnes de notification publique pour inciter à des tests afin de réduire la propagation de maladies transmissibles comme la tuberculose (TB) et le VIH.¹

L'affaire *Healey c. Lakeridge Health Corporation (Healey)* a découlé d'une campagne de notification organisée par des fonctionnaires de santé publique par suite de l'identification de deux cas de TB active. La Lakeridge Health Corporation, un hôpital public, avait déclaré les cas de TB active aux autorités de santé publique conformément à la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* de l'Ontario.²

La santé publique a réagi en organisant des activités de notification conformément aux lignes directrices établies par le ministère provincial de la Santé et des Soins de longue durée, notamment des communiqués de presse et des communications plus ciblées selon les catégories de patients les plus susceptibles d'avoir été exposés au risque de transmission dans une salle d'attente ou un cabinet de médecin. L'objectif de santé publi-

que de ces activités était d'inciter les personnes qui auraient pu avoir été exposées au risque de transmission de la TB à subir un test qui leur permettrait de recevoir les soins et le counselling appropriés de manière à réduire le risque de propagation.

Environ 3 500 personnes ont subi un test de dépistage de la tuberculose par suite de ces campagnes de notification publiques. Environ 3 000 ont obtenu un résultat négatif, et 500 un

résultat positif (bien que certains des résultats positifs aient peut-être révélé des affections préexistantes plutôt que de nouvelles infections).

Les demandeurs ont entrepris un recours collectif contre l'hôpital et deux médecins qui avaient soigné les patients tuberculeux déclarés à la santé publique. Ils réclamaient des dommages-intérêts pour toutes les personnes qui avaient été notifiées et avaient subi un test pour la tuberculose, qu'elles aient eu un résultat positif ou négatif, ainsi que pour les membres de leurs familles en droit de réclamer des dommages-intérêts selon la *Loi sur le droit de la famille* de l'Ontario. La procédure de recours collectif a été autorisée par la Cour.³

La demande présentée au nom de la catégorie de personnes non infectées concernait des dommages pour le préjudice psychologique subi du fait qu'elles ont été notifiées de leur exposition à la TB et ont dû subir des tests en conséquence, parce qu'elles ont éprouvé un stress émotionnel et un traumatisme psychologique, un choc nerveux, des craintes pour leur santé et une perte de jouissance de la vie, en plus d'avoir engagé de menues dépenses.

Après la certification, l'hôpital Lakeridge a présenté une requête en jugement sommaire dans laquelle il alléguait n'avoir aucun devoir de diligence envers la « catégorie de personnes non infectées ». Le juge Perell lui a donné raison et a rejeté les demandes de cette catégorie de personnes. Ses motifs de jugement sont intéressants du point de vue plus général des pratiques de santé publique, vu des arguments de politiques formulés par l'hôpital et finalement acceptés par la Cour.

Pour déterminer si l'hôpital avait un devoir de diligence envers les per-

sonnes non infectées, le juge Perell s'est servi de l'actuel test « *Cooper-Anns* », qui exige :

(1) *la prévisibilité*, en ce sens que le défendeur aurait dû envisager que le demandeur puisse être affecté par sa conduite; (2) *la proximité suffisante*, en ce sens que la relation entre le demandeur et le défendeur est suffisamment étroite pour donner naissance à un devoir de diligence; et (3) *l'absence de considérations de politique résiduelle* qui feraient échec à toute obligation établie *prima facie* par les critères de prévisibilité et de proximité. Selon cette formulation tout préjudice raisonnablement prévisible n'est pas sujet à un devoir de diligence : *Cooper c. Hobart*, [2001] 3 R.C.S. 537, par. 21. La question de savoir si une relation donne lieu à un devoir de diligence dépend de la prévisibilité du préjudice, mitigée par des considérations de politique : *Anns v. Merton London Borough Council*, [1978] A.C. 728 (H.L.); *Mustapha c. Culligan of Canada Ltd.*, [2008] 2 R.C.S. 114, par. 4.⁴

Le juge Perell a conclu que, bien que le critère de la prévisibilité ait été satisfait, « il n'y [avait] pas, entre les personnes non infectées et Lakeridge, de relation de proximité sur laquelle aurait pu reposer une obligation de diligence et, ... s'il y avait une obligation de diligence *prima facie*, il y [avait] des motifs d'ordre public qui réduisaient cette obligation à néant. »⁵

En ce qui concerne la proximité, il a jugé que « les personnes non infectées ne pouvaient raisonnablement pas s'attendre à ce que l'hôpital Lakeridge les garantisse contre tout préjudice susceptible de résulter d'une visite à l'hôpital. »⁶

Plus important encore, le juge Perell s'est dit convaincu que les motifs politiques suivants s'oppo-

saient à l'éventualité d'imposer une obligation de diligence à l'hôpital Lakeridge envers les personnes non infectées pour les préjudices psychologiques :

- cela ouvrirait la perspective d'une responsabilité indéterminée;
- dans un contexte où les ressources hospitalières sont limitées, cela augmenterait les dépenses et réduirait les fonds disponibles pour le traitement des patients, y compris les personnes non infectées et les membres de leur famille;
- ce serait d'une « utilité sociale douteuse » de reconnaître une obligation de diligence, parce que le recouvrement éventuel serait modeste et, dans tous les cas, dans le système de santé publique de l'Ontario, tous les membres de la catégorie auraient accès aux soins de santé nécessaires sans avoir à prouver l'existence d'un préjudice psychologique ou d'une faute de la part de l'hôpital Lakeridge; et
- contrairement à l'impératif de santé publique favorisant la plus grande extension possible des programmes de notification de manière à rejoindre toutes les personnes qui devraient subir un test et recevoir les soins appropriés, cela aurait pour conséquence néfaste d'inciter les autorités de santé publique et les hôpitaux à réduire l'étendue de ces programmes par crainte des répercussions juridiques et économiques susceptibles de découler du fait de notifier des personnes non touchées à part le préjudice émotionnel que représente la réception de la notification.⁷

La décision du juge Perell sur la requête en jugement sommaire dans l'affaire *Healey* a été portée en appel.

Commentaire

L'affaire *Healey* mérite d'être soigneusement analysée en relation avec les litiges fondés sur la « peur du sida », dans lesquels les demandeurs tentent d'obtenir des dommages-intérêts par suite d'une exposition à un risque de transmission du VIH qui n'a pas entraîné de contamination.⁸ On peut soutenir que ce type de causes, surtout si elles sont fructu-

euses, favorisent le maintien d'un climat social qui stigmatise l'infection à VIH et les personnes qui vivent avec le VIH.

— Lori Stoltz

Lori Stoltz (lstoltz@adairmorse.com) est avocate au cabinet Adair Morse LLP à Toronto.

¹ *Healey c. Lakeridge Health Corporation*, [2010] O.J. No. 417 (Cour supérieure de justice).

² *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, L.R.O. 1990, c. H.7, et modifications.

³ *Healey c. Lakeridge Health Corporation*, [2006] O.J. No. 4277 (Cour supérieure de justice).

⁴ *Healey*, [2010] (*supra*), par. 196; mise en évidence ajoutée.

⁵ *Ibid.*, par. 209. Il y a lieu de noter qu'au paragraphe 213 de ses motifs, le juge Perell a pris soin de limiter ses conclusions à la catégorie de personnes non infectées et a précisé qu'il serait possible de reconnaître à l'hôpital Lakeridge, envers les patients infectés par la tuberculose, l'obligation d'avoir été suffisamment diligente pour ne pas avoir exposé ceux-ci au risque de transmission.

⁶ *Ibid.*, par. 215-217.

⁷ *Ibid.*, par. 219-229.

⁸ Voir, par exemple *Farkas c. Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre*, [2009] O.J. No. 3533 (Cour supérieure de justice), par. 1, 9, 19 et 25.

Un jury du coroner recommande l'amélioration des soins accordés aux détenus séropositifs

Par suite d'une enquête sur le décès d'un jeune homme dans la vingtaine survenu en 2007 de causes apparentées au sida pendant qu'il purgeait une peine dans un établissement correctionnel de l'Ontario, un jury a formulé des recommandations visant à améliorer le traitement et les soins accordés aux personnes séropositives en prison.

À l'occasion de l'enquête, qui a eu lieu à l'automne 2008, la HIV/AIDS Legal Clinic of Ontario (HALCO) représentait la famille du jeune homme et Cynthia Fromstein, avocate de la défense principale, représentait le Prisoners' HIV/AIDS Support Action Network (PASAN).

L'HALCO et le PASAN ont présenté des éléments de preuve démontrant les problèmes associés au

traitement des détenus souffrant de maladies chroniques et de maladies mortelles, dont les difficultés d'accès à des organismes extérieurs comme le PASAN. Les représentants du système carcéral ont présenté des preuves concernant de nouvelles politiques et pratiques en cours d'élaboration pour l'amélioration du traitement des détenus atteints de maladies chroniques et de maladies mortelles.

Le jury a recommandé que la procédure de mise en œuvre des nouvelles politiques et pratiques soit accélérée; que l'accès des organismes de soutien aux prisons soit amélioré (notamment que le bulletin du PASAN, *Cell Count*, soit mis à la disposition des détenus); qu'un dépliant sur la santé des détenus — qui est déjà en préparation — soit mis à la disposition des détenus dès que

possible et qu'une base de données électronique sur les dossiers médicaux soit conçue, également dès que possible.

La loi en vigueur au moment du décès du jeune homme prévoyait qu'une enquête devait être tenue, quand une personne mourait en détention.¹ Les enquêtes, qui sont des audiences tenues en présence d'un jury, doivent répondre à cinq questions:

- Qui était la personne décédée?
- Où le décès est-il survenu?
- Quand le décès est-il survenu?
- Comment le décès est-il survenu? (par ex. la cause médicale)

- Par quel moyen le décès est-il survenu? (« Le moyen » doit appartenir à l'une des catégories suivantes : causes naturelles, accident, homicide, suicide ou cause indéterminée.)

Au terme de l'enquête, le jury fait des recommandations. Les recommandations ne sont pas des ordres, et le non-respect de celles-ci n'entraîne pas de conséquences. Ces recommandations sont toutefois importantes dans les tentatives en cours pour réaliser des changements concrets dans le système carcéral.

Si elles sont appliquées, les neuf recommandations adressées par

le jury au ministère des Services correctionnels devraient grandement améliorer le traitement et la santé des détenus vivant avec le VIH, l'hépatite C et d'autres maladies graves qui demandent une surveillance constante.

— Renée Lang

Renée Lang (langr@lao.on.ca) est une avocate membre du personnel de l'HALCO.

¹ En 2009, la *Loi sur les coroners* a été modifiée de telle sorte que les enquêtes sur les décès survenus dans les établissements correctionnels ne sont plus obligatoires. Une enquête n'est tenue que lorsqu'un coroner est d'avis qu'il existe une possibilité que la personne ne soit pas morte de causes naturelles. L'HALCO s'est opposée à cette modification.

La Cour supérieure de justice de l'Ontario annule une poursuite civile contre Toronto et l'Ontario pour défaut de protéger le demandeur contre l'infection par le VIH

Le 10 mars 2010, la Cour supérieure de justice de l'Ontario a rejeté la totalité de la demande de Percy Whiteman contre la Province de l'Ontario et la Ville de Toronto, auxquelles il reprochait d'avoir, par leur négligence, fait défaut de le protéger contre la possibilité de contracter le VIH de sa conjointe. De l'avis de la Cour, la demande ne reposait sur aucune cause d'action raisonnable. La Cour a cependant autorisé la poursuite en responsabilité de Whiteman contre le Canada pour les actes des agents et employés des services d'immigration, parce qu'il n'était pas manifeste qu'il n'existait pas de devoir de diligence de droit privé entre Whiteman et le Canada.¹

En mars 2008, Whiteman a intenté une action contre neuf défendeurs, dont sa conjointe Suwalee Iamkhong,

la Province de l'Ontario, la Ville de Toronto et le Canada. Il alléguait que les trois paliers de gouvernement

avaient fait preuve de négligence en ne prenant pas toutes les mesures nécessaires pour l'empêcher de

contracter le VIH de Iamkhong, une immigrante originaire de Thaïlande.

Whiteman soutenait que Iamkhong avait intentionnellement omis de lui révéler sa séropositivité dans le but d'obtenir qu'il lui serve de parrain pour entrer au Canada par mariage. En 1999, quand Iamkhong a demandé sa résidence permanente au Canada grâce au parrainage de Whiteman, le médecin qui l'a examinée, le D^r Taylor, a omis ou négligé de lui faire passer un test VIH. S'il l'avait fait, soutenait Whiteman, il est peu probable que Iamkhong aurait été admise au Canada à titre de résidente permanente.

En mars 2001, Iamkhong a obtenu le statut de résidente permanente. En février 2004, elle a été hospitalisée, parce qu'elle avait le sida en stade avancé. Le mois suivant, Whiteman a appris qu'il était séropositif. En mai 2004, Iamkhong a été accusée de négligence criminelle et de voies de fait graves contre Whiteman, et elle a été déclarée coupable trois ans plus tard.

L'Ontario, la Ville de Toronto et le Canada ont demandé le rejet de la demande de Whiteman pour divers motifs, notamment parce que les allégations ne révélaient pas de cause d'action raisonnable. La Cour supérieure de justice de l'Ontario a donné raison à l'Ontario et Toronto, et a jugé que les

demandes de Whiteman n'avaient aucune chance de réussir. Rien dans les faits allégués, ni dans la loi, n'appuyait la prétention de Whiteman selon laquelle le D^r Taylor était un serviteur, un agent ou un employé de la Province ou de la Ville, ce qui aurait rendu celles-ci responsables des actes du médecin.

Subsidiairement, Whiteman soutenait que, en supposant que le D^r Taylor avait fait passer un test VIH à Iamkhong et avait déclaré sa séropositivité aux autorités sanitaires compétentes, l'Ontario avait omis de prendre les mesures nécessaires pour prévenir « la propagation de la maladie » conformément à la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* (LPPS). La Cour a rejeté cet argument et a conclu que rien dans la LPPS n'indiquait que la Province de l'Ontario ou la Ville de Toronto était responsable de la négligence d'un bureau d'hygiène local dans un cas particulier. De l'avis de la Cour, Whiteman s'est trouvé dans l'obligation de formuler des allégations systémiques générales contre la Ville et la Province, parce qu'il n'y a jamais eu de lien immédiat entre lui et ces défendeurs.

Toutefois, a dit la Cour, du fait que Whiteman avait plaidé les faits essentiels relatifs à sa demande de parrainage de Iamkhong et à ses rapports avec le gouvernement fédéral et

ses agents dans le traitement de cette demande, le Canada avait le fardeau d'établir qu'il n'existait manifestement aucun devoir de diligence entre Whiteman et lui.

Comme le Canada n'a pas abordé la question de savoir si le D^r Taylor, dans l'exercice de ses obligations prévues par la loi, était ou non un préposé de la Couronne dont les actes entraînaient la responsabilité de l'État, la Cour a conclu qu'il était à tout le moins possible de faire valoir, d'après les faits, que la relation entre Whiteman et le Canada était suffisamment proche pour donner lieu à un devoir de diligence. Pour ce motif, la Cour a autorisé l'action en négligence de Whiteman contre le Canada.

¹ *Whiteman c. Iamkhong*, [2010] O.J. No. 966 (Cour supérieure de justice de l'Ontario).

La demande de statut de réfugié d'un couple de Zimbabwéens séropositifs est acceptée compte tenu de l'appartenance politique

Le 23 novembre 2009, la Section de la protection des réfugiés de la Commission de l'immigration et du statut de réfugié (CISR) a accordé le statut de réfugiés au sens de la Convention à deux citoyens du Zimbabwe en raison de leur appartenance politique au parti d'opposition du Zimbabwe et du fait que cette appartenance les empêche d'avoir accès à un traitement antirétroviral au Zimbabwe. Les demandes de statut de réfugiés de leurs enfants, séronégatifs, ont été rejetées.¹

Les demandeurs, dont l'identité est protégée par une interdiction de publier, avaient demandé la protection conformément aux articles 96 et 97(1) de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* (LIPR), qui imposent au demandeur de démontrer l'existence d'une crainte bien fondée de persécution ou un motif de croire que sa vie est menacée, qu'il est exposé à un risque de traitements ou peine cruel ou inusité, ou à un danger de torture. Avant de quitter le Zimbabwe, le demandeur principal (le mari) et la demanderesse associée (sa femme) appuyaient le parti d'opposition appelé *Movement for Democratic Change* (MDC) (Mouvement pour le changement démocratique). Ils subissaient du harcèlement de la part de représentants du gouvernement et avaient été menacés par des foules à cause de leur appui au MDC. En 2002, la demanderesse et sa fille ont été victimes d'agression sexuelle par trois hommes chez elles.

En 2002, les demandeurs ont quitté le Zimbabwe pour les États-Unis avec deux de leurs enfants. Ils y ont présenté sans succès une demande d'asile. En 2008, le

demandeur principal est venu au Canada et a présenté une demande de statut de réfugié. Sa femme est venue le rejoindre plus tard dans l'année avec leur plus jeune fils. En 2009, le fils adulte des demandeurs est arrivé au Canada et a à son tour présenté une demande de statut de réfugié. Après leur arrivée en Amérique du Nord, le demandeur principal et sa femme ont appris qu'ils étaient séropositifs au VIH, et ils ont entrepris un traitement antirétroviral.

La CISR a jugé crédible le témoignage des demandeurs. S'appuyant sur la preuve documentaire, elle a également conclu que la situation des personnes vivant avec le VIH au Zimbabwe était difficile, car de nombreuses personnes séropositives mouraient à cause de l'insuffisance des traitements antirétroviraux et de la malnutrition chronique.

En ce qui a trait à la fourniture de services médicaux, la CISR a noté que l'incapacité d'un pays à fournir des soins de santé adéquats est distincte des situations où des soins adéquats sont offerts à certaines personnes et non à d'autres. Selon la CISR, les personnes à qui des traite-

ments sont refusés peuvent établir le bien-fondé d'une demande en vertu de la LIPR, parce que, dans leur cas, les risques auxquels elles sont exposées découlent du refus du pays de leur fournir les soins dont elles ont besoin.

La CISR a conclu que le Zimbabwe limitait les traitements anti-rétroviraux à ses citoyens en s'appuyant sur les opinions politiques au sens de la Convention. La demanderesse a déclaré que, lorsqu'ils étaient au Zimbabwe, les traitements antirétroviraux étaient garantis uniquement aux personnes qui étaient proches du gouvernement, tandis que les autres y avaient un accès sporadique ou incertain. Ce témoignage a été confirmé par des preuves documentaires de diverses sources.

La CISR a dit que, compte tenu de l'appartenance du couple au MDC, leur accès aux médicaments nécessaires à leur survie serait limité par leurs opinions politiques. Pour ce motif, la CISR a accepté leur demande de statut de réfugiés.

En ce qui concerne les demandes des deux fils du couple, qui ne sont pas séropositifs, la CISR a jugé qu'ils

n'étaient pas exposés à la persécution basée sur leur stigmatisation du fait de la séropositivité de leurs parents ou du fait que des membres de leur famille appartiennent au MDC. De l'avis de la CISR, la stigmatisation sociale à laquelle les fils pourraient

être exposés à cause de l'état de santé de leurs parents n'atteindrait pas le niveau de la persécution. En outre, la CISR a conclu que le danger que des représentants du gouvernement ciblent des membres de leur famille cesserait avec le temps. Par consé-

quent, leurs demandes de statut de réfugiés ont été rejetées.

¹ A.A.W. (Re), [2009] R.P.D.D. No. 37 (Commission de l'immigration et du statut de réfugié du Canada).

La Cour fédérale rejette l'appel dans un cas de résidence permanente, pour le motif que les engagements personnels de payer pour le traitement du VIH ne sont pas exécutoires

Le 16 février 2010, la Cour fédérale a rejeté la demande de contrôle judiciaire présentée par Al-Karim Ebrahim Rashid pour le motif que les engagements personnels de payer pour les services médicaux requis, notamment dans le traitement du VIH, ne sont pas exécutoires.¹

En janvier 2004, Rashid, qui est séropositif, a demandé au Haut-Commissariat du Canada à Nairobi (Kenya) un visa de résidence permanente conformément au Programme fédéral des travailleurs qualifiés. Bien que le Haut-Commissariat ait conclu que Rashid satisfaisait les critères du Programme, il a été jugé inadmissible selon l'article 38(1) de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* (LIPR), parce qu'un médecin agréé avait établi que les coûts relatifs au traitement du VIH excéderaient probablement le montant dépensé pour la moyenne des Canadiens.

En réponse aux conclusions du médecin, Rashid a présenté des déclarations supplémentaires concernant ses ressources financières, une lettre d'appui et des documents financiers de la part de sa sœur, qui acceptait de le soutenir pendant ses cinq premières années au Canada, des lettres de deux médecins canadiens qui acceptaient aussi de contribuer à son soutien, et un rapport médical de l'hôpital Aga Khan à Nairobi. En septembre 2008, un médecin agréé a révisé les documents supplémentaires et a conclu que les nouveaux renseignements ne changeaient pas la conclusion que l'admission de Rashid

au Canada pouvait raisonnablement faire craindre qu'il impose un fardeau excessif aux services de santé.

Dans sa demande de contrôle judiciaire, Rashid s'est appuyé sur l'arrêt de la Cour suprême du Canada dans *Hilewitz c. Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration)*; *De Jong c. Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration)* (« *Hilewitz* ») pour alléguer que, comme dans les cas des services sociaux, une évaluation personnalisée devait être effectuée pour déterminer s'il proposait un plan réalisable pour couvrir les coûts de ses médicaments antirétroviraux.²

Le juge Mosley a également examiné une autre décision de la Cour fédérale, *Companiononi c. Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration)* (« *Companiononi* »), dans laquelle la Cour a conclu que l'arrêt *Hilewitz* était également applicable à toute question visant à déterminer si le coût de médicaments offerts en clinique externe constituerait un fardeau excessif pour les services de santé.³ Le juge Mosley a cependant conclu que les faits du cas de Rashid étaient différents de ceux de l'affaire *Companiononi* parce que, dans ce cas, l'un des deux demandeurs avait une assurance personnelle qui couvrait le coût des médicaments de prescription, que le deuxième était protégé par un police d'assurance collective de son employeur, et que l'une ou l'autre ou les deux demeureraient en vigueur si les demandeurs déménageaient au Canada.

Rashid, pour sa part, comptait sur les engagements personnels de sa

sœur et de deux autres personnes. Le juge Mosley a souligné qu'il n'était pas possible d'exécuter un engagement personnel de payer pour les services de santé susceptibles d'être nécessaires après qu'une personne a été admise au Canada à titre de résident permanent si les services sont offerts gratuitement.

Selon le juge Mosley, il y avait lieu de s'en remettre aux conclusions de l'agent des visas. Le juge n'a pas été convaincu que Rashid avait réussi à démontrer que l'agent des visas, à la lumière de l'évaluation du médecin agréé, avait commis une erreur. Du fait que le plan proposé par Rashid reposait sur des engagements personnels de payer les services de santé nécessaires, et du fait que ces engagements ne sont pas exécutoires, le juge Mosley a conclu que Rashid représenterait un fardeau excessif pour les services de santé.

La Cour a certifié une question posée par le ministre de la

Citoyenneté et de l'Immigration, parce qu'elle disposait de l'appel et transcendait le contexte particulier dans lequel elle a été soulevée :

Lorsqu'un médecin agréé a établi qu'un demandeur aurait besoin de médicaments de prescription dont le coût excéderait le seuil du « fardeau excessif » prévu dans le *Règlement sur l'immigration et la protection des réfugiés*, l'agent des visas doit-il évaluer la capacité du demandeur de payer les médicaments personnellement quand ces mêmes médicaments sont couverts par un programme gouvernemental auquel le demandeur serait admissible dans la province ou le territoire où il a l'intention de résider?

¹ *Rashid c. Canada (Minister of Citizenship and Immigration)*, [2010] F.C.J. No. 183 (Cour fédérale) (QL).

² 2005 CSC 57 (Cour suprême du Canada).

³ 2009 CF 1315 (Cour fédérale), par. 10.

La Cour fédérale ordonne l'examen du plan de candidats à l'immigration d'obtenir une assurance couvrant les médicaments pour le VIH

Le 31 décembre 2009, la Cour fédérale a accueilli la demande de contrôle judiciaire de Ricardo Companioni et de son conjoint de fait pour le motif que la capacité et la volonté des demandeurs de défrayer les coûts de leurs médicaments sur ordonnance pour malades externes est un facteur pertinent dont il faut tenir compte pour évaluer si les besoins présentés par l'état de santé d'un demandeur constituent un « fardeau excessif ».¹

Companiononi et son conjoint de fait, Andrew Grover, qui sont tous deux séropositifs, ont présenté une demande pour immigrer au Canada en tant que membres de la catégorie des travailleurs qualifiés. Compte tenu du coût projeté de leurs médicaments

pour le VIH, qui s'élève à 33 500 \$ par année, un agent des visas a établi qu'ils représenteraient un « fardeau excessif » pour les services de santé et les services sociaux canadiens et les a jugés inadmissibles selon l'article 38(1) de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* (LIPR).

Au moment de la demande, Companioni avait une police d'assurance personnelle qui couvrait les médicaments sur ordonnance et Grover avait une assurance collective de son employeur au même effet. Bien qu'ils aient tous deux entrepris d'obtenir une assurance médicale couvrant leurs médicaments sur ordonnance au Canada, aucun élément de preuve n'étayait cette allégation.

Companioni et l'intervenante, la HIV & AIDS Legal Clinic (Ontario), soutenaient que les principes énoncés dans l'arrêt *Hilewitz c. Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration)*; *De Jong c. Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration)* (« *Hilewitz* ») — dans lequel la Cour a jugé que les évaluations relatives au « fardeau excessif » pour les services sociaux doivent être individualisées et tenir compte non seulement de l'admissibilité aux services, mais également du fardeau probable ainsi que de la capacité et de l'intention du demandeur de payer² — s'appliquaient également à

une évaluation visant à déterminer si le coût des médicaments créerait un fardeau excessif pour les services de santé canadiens.

Bien que le juge Harrington fût d'accord avec cette allégation, il a noté une distinction fondamentale, du moins en Ontario, entre les services sociaux, dont la province a le droit en vertu de la loi de se faire rembourser la majeure partie, sinon la totalité, par les personnes qui en ont les moyens, et la fourniture de médicaments d'ordonnance, dont le coût est principalement défrayé par la province.

De l'avis du juge Harrington, l'agent des visas aurait dû inviter Companioni à fournir un plan réalisable pour obtenir une assurance médicale couvrant le coût de leurs médicaments de prescription au Canada. En conséquence, il a ordonné que la question soit renvoyée à un autre agent des visas pour un nouvel examen limité à l'admissibilité médicale.

La Cour a conclu en certifiant une question soumise par l'avocat de Companioni:

« La capacité et la volonté des demandeurs de défrayer les coûts de leurs médicaments sur ordonnance pour malade externe (en conformité avec les règlements provinciaux/ territoriaux régissant le paiement par l'État des médicaments d'ordonnance) sont-elles des facteurs dont il faut tenir compte lorsqu'on évalue si les besoins

occasionnés par l'état de santé d'un demandeur constituent un fardeau excessif? »

Commentaire

La décision du juge Harrington est importante, parce qu'elle étend au coût des médicaments sur ordonnance les principes de l'arrêt *Hilewitz* relatifs aux services sociaux. Il concernera plus particulièrement les candidats à l'immigration qui sont séropositifs et qui vivent au Canada et ont des emplois qui comportent un régime d'assurance pour leurs médicaments de prescription, ou qui ont des assurances médicales transférables au Canada.

Avant cette décision, la volonté et la capacité des personnes séropositives de financer leurs médicaments de prescription au moyen de régimes privés n'étaient pas prises en considération par Citoyenneté et Immigration Canada.

¹ *Companioni c. Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration)*, [2009] F.C.J. No. 1688 (Cour fédérale) (QL).

² 2005 CSC 57 (Cour suprême du Canada).

Droit criminel et cas de transmission du VIH ou exposition

Une Cour d'appel considère la preuve relative à la charge virale dans un cas d'exposition au VIH

Le 19 novembre 2009, la Cour d'appel de Colombie-Britannique a rejeté l'appel de Michael Wright à l'encontre de sa déclaration de culpabilité pour deux chefs d'agression sexuelle grave relatifs à son défaut de divulguer sa séropositivité à deux partenaires sexuels en 2005 et 2006.¹

Wright a eu des résultats positifs à des tests VIH en 1998, et il a tout de suite commencé un traitement antirétroviral. Il avait toutefois cessé de prendre sa médication à l'époque où il a eu des relations sexuelles vaginales avec les plaignantes. Une des plaignantes, P.S., a surtout eu des rapports sexuels oraux avec Wright, mais elle a également eu des relations vaginales non protégées. L'autre plaignante, D.C., a eu une relation vaginale avec l'accusé; les témoignages différaient sur le fait qu'un condom ait ou non été utilisé. Au moment du procès, les plaignantes n'étaient pas séropositives au VIH.

À la fin de la présentation de la preuve de la Couronne, Wright a demandé un verdict imposé d'acquiescement, alléguant qu'aucun élément de preuve n'avait été présenté concernant sa charge virale. Le juge du procès a rejeté la demande de verdict imposé. Wright a par la suite été reconnu coupable par un jury et il a été condamné à 45 mois de prison.

En appel, Wright a soutenu que le juge du procès avait eu tort de rejeter

sa demande de verdict imposé. Il alléguait que le risque de transmission est peu important lorsque la charge virale est indécélable; et que puisque la Couronne n'avait pas présenté d'élément de preuve concernant sa charge virale, elle ne s'était pas acquittée de son fardeau de démontrer que Wright avait fait courir un risque de préjudice important aux plaignantes lorsqu'il avait eu des relations sexuelles avec elles. Par conséquent, disait Wright, le juge du procès avait eu tort de rejeter sa demande de verdict imposée, parce que la preuve n'était pas suffisante pour qu'un jury le reconnaisse coupable.

La Cour d'appel de Colombie-Britannique a conclu que le juge du procès n'avait pas commis d'erreur en rejetant la demande de verdict imposé. Elle a déclaré que, en l'absence de preuve concernant la charge virale de l'accusé, la Couronne pouvait présenter une preuve relative au risque moyen de transmission basé sur les charges virales moyennes. Toutefois, s'il avait existé des preuves concernant la charge virale réelle ou estimée de l'accusé au moment des relations sexuelles, l'accusé aurait pu les présenter. Selon la Cour, ces preuves « auraient été pertinentes pour établir s'il existait un risque important de préjudice corporel grave ».²

La Couronne a présenté une preuve selon laquelle le risque moyen de transmission du VIH, d'un homme séropositif à une femme qui ne l'est pas, à l'occasion de relations sexuelles vaginales était de 0,5 %. De

l'avis de la cour, cette preuve était suffisante pour permettre à un jury de conclure qu'il existait un risque important de transmission du VIH et pour déclarer Wright coupable.

Wright a également soutenu qu'il existait un doute raisonnable sur le fait qu'il n'avait pas utilisé de condom dans ses rapports avec D.C., et par conséquent un doute raisonnable sur le fait qu'il ait pu l'exposer à un risque important de préjudice corporel grave. Il a cité une déclaration du juge Cory, de la Cour suprême du Canada, dans *R. c. Cuerrier* selon laquelle l'utilisation d'un condom pourrait rendre le risque de préjudice moins important.³

La Cour d'appel a jugé que la déclaration faite dans l'arrêt *Cuerrier* n'était pas déterminante sur la question de savoir si l'utilisation du condom suffisait à rendre le risque de préjudice peu important. À son avis, il s'agit là d'une question de fait et il revenait au jury d'établir si l'utilisation d'un condom, à l'occasion de relations sexuelles, pouvait suffisamment réduire le risque de préjudice. Le juge du procès n'a donc pas commis d'erreur en laissant au jury le soin de déterminer si la possibilité d'utilisation d'un condom à l'occasion de relations sexuelles soulevait un doute raisonnable sur l'existence d'un risque important de transmission du VIH.

Commentaire

La présente affaire soulève d'importantes questions sur la preuve relative à la charge virale et à l'utilisation de condoms à l'occasion de relations

sexuelles. Selon la Cour d'appel de la Colombie-Britannique, la Couronne n'a pas à présenter d'éléments de preuve concernant la charge virale de l'accusé, pour établir qu'il existait un risque important de transmission du VIH. En l'absence de renseignements précis sur la charge virale de l'accusé, la preuve fondée sur les charges virales moyennes peut suffire à justifier une condamnation même s'il est possible que la charge virale de l'accusé ait été indécélable.

La Cour a toutefois concédé que si, au moment opportun, la charge virale était connue et que le risque de transmission pouvait être estimé, l'information serait pertinente pour déterminer si la conduite de l'accusé avait présenté un risque important de préjudice corporel grave. Cet arrêt peut donc donner ouverture à une « défense fondée sur la charge virale », lorsque l'accusé peut prouver que sa charge virale était indécélable au moment des relations sexuelles et que, en conséquence, le risque de transmission était considérablement réduit.

La cause fait également naître de l'incertitude concernant l'obligation de divulgation dans les cas où un condom est utilisé. Alors que la Cour suprême du Canada avait laissé entendre, dans l'arrêt *Cuerrier*, que l'utilisation d'un condom pouvait réduire suffisamment le risque de préjudice corporel grave, la Cour d'appel de Colombie-Britannique a jugé qu'il s'agit là d'une question de fait. Elle a dit qu'il y avait lieu de déterminer dans chaque cas si l'utilisation d'un condom a réduit le risque de transmission du VIH au-dessous du seuil du « risque important ».

La décision de faire de l'utilisation du condom une question de fait

donne naissance à des incertitudes considérables relativement aux droits des personnes séropositives et peut donner lieu à de graves injustices dans l'application de la loi. Une personne pourrait être déclarée coupable pour avoir omis de divulguer sa séropositivité avant d'avoir des relations sexuelles protégées, tandis qu'une autre pourrait être jugée non coupable.

— Caroline Brett

Caroline Brett (caroline.brett@utoronto.ca) est étudiante en deuxième année à la Faculté de droit, Université de Toronto.

Un Ontarien est déclaré coupable de deux chefs d'agression sexuelle grave malgré l'utilisation de condoms

Première condamnation

Le 14 septembre 2009, la Cour de justice de l'Ontario a reconnu Yonatan Mekonnen coupable d'agression sexuelle grave pour avoir omis de divulguer sa séropositivité à la plaignante, L.L., avant d'avoir des relations sexuelles avec elle, du mois de novembre 2007 au mois de janvier 2008.⁴

La plaignante a déclaré avoir rencontré Mekonnen à un motel à trois reprises, entre décembre 2007 et janvier 2008, pour avoir des relations sexuelles. Ils ont utilisé un condom chaque fois, bien que dans un cas où il y a eu fellation elle ne se souvient pas s'il en portait un. Mekonnen a témoigné qu'il n'avait eu qu'une relation platonique avec la plaignante, relation qu'il a rompue en janvier

2008 parce qu'il avait promis à sa petite amie qu'il ne rencontrerait pas d'autres femmes.

En juin ou juillet 2008, deux amies de la plaignante ont communiqué avec elle pour l'informer que Mekonnen était séropositif, ce qu'elles avaient appris en lisant un article de journal sur une autre accusation criminelle portée contre lui pour non-divulgation de son infection. Après avoir appris cela, la plaignante a passé un test du VIH, qui s'est révélé négatif.

Peu de temps après que la plaignante eut passé ce test, la police l'a contactée à propos de sa relation avec Mekonnen. Au procès, la plaignante a indiqué qu'elle ne souhaitait pas témoigner contre Mekonnen, parce qu'il ne lui avait pas transmis le VIH et parce qu'elle lui avait pardonné.

Étant donné les divergences entre les témoignages de Mekonnen et de la plaignante, sur leur relation, le juge Bovard a conclu que la crédibilité des parties était cruciale pour résoudre l'affaire. Le juge Bovard a rejeté la déclaration de Mekonnen selon laquelle il n'avait pas eu d'intérêt de nature sexuelle ou romantique envers la plaignante lorsqu'il se sont rencontrés, et il a conclu, sans qu'il y ait de doute raisonnable, que Mekonnen avait eu des relations sexuelles avec elle dans un motel.

Le juge Bovard a déclaré Mekonnen coupable d'agression sexuelle grave, malgré le fait qu'il n'était pas contesté que des condoms avaient été utilisés pendant les relations sexuelles. Mekonnen a été condamné à 12 mois de prison et à trois ans de probation.

Seconde condamnation

Le 26 janvier 2010, la Cour de justice de l'Ontario a déclaré Mekonnen

coupable d'un autre chef d'agression sexuelle grave, pour avoir omis de divulguer sa séropositivité à la plaignante K.S. avant d'avoir des relations sexuelles avec elle.⁵ Mekonnen a été accusé de deux chefs d'agression sexuelle grave en lien avec les relations sexuelles qu'il avait eues avec la plaignante en janvier 2008 et en février 2008. Selon la plaignante, elle et Mekonnen ont eu des relations buccogénitales et vaginales non protégées en janvier 2008. Ils ont continué d'avoir des relations sexuelles non protégées jusqu'au 6 mars 2008, date où Mekonnen a informé la plaignante qu'il était séropositif. La plaignante a passé en mars 2008 un test du VIH, qui s'est révélé négatif, et les deux ont continué d'avoir des relations sexuelles en utilisant des condoms. En avril 2008, la relation a pris fin.

Mekonnen a témoigné qu'il avait eu pour la première fois des relations sexuelles avec la plaignante en février 2008. Il a en outre déclaré qu'il avait toujours utilisé un condom avec la plaignante et a confirmé lui avoir dévoilé qu'il était séropositif le 6 mars 2008. Bien qu'il ait reçu un résultat positif au test du VIH en novembre 2007, il ne croyait pas ou n'acceptait pas ce diagnostic et il a passé quatre ou cinq autres tests avant d'être convaincu qu'il était séropositif.

De l'avis du juge Keaney, « [i]l n'est pas nécessaire de conclure qu'un condom a été utilisé... L'utilisation du condom n'est pas une garantie absolue... Le défaut [de Mekonnen] de divulguer sa séropositivité à l'occasion de la première relation sexuelle, alors qu'il connaissait son état, a mis la vie de la plaignante en danger. »⁶ Le juge Keaney a rejeté l'argument de Mekonnen selon lequel

le fait que la plaignante a continué d'avoir des relations sexuelles protégées avec lui après qu'elle eut appris qu'il était séropositif prouvait qu'elle aurait probablement eu des relations sexuelles avec lui avant.

Selon le juge Keaney, « [l]a déclaration de la plaignante a été claire. S'il lui avait dit au départ qu'il était séropositif, elle n'aurait pas eu de relations sexuelles avec lui, et cela n'aurait fait aucune différence qu'il propose d'utiliser un condom. »⁷

Le juge Keaney a déclaré Mekonnen coupable d'un chef d'agression sexuelle grave relativement aux relations sexuelles qu'il a eues avec la plaignante en février 2008, et il a conclu qu'il n'y avait pas suffisamment d'éléments de preuve pour établir qu'il avait eu des relations sexuelles avec elle en janvier 2008. Le 31 mars 2010, Mekonnen a été condamné à neuf mois de prison suivis de trois ans de probation. En outre, le juge a ordonné que l'ADN de Mekonnen soit versé dans une banque de données génétiques et lui a ordonné de se conformer aux dispositions de la *Loi sur l'enregistrement de renseignements sur les délinquants sexuels*.

Trente mois de prison pour défaut de divulgation de la séropositivité

Le 23 février 2010, la Cour de justice de l'Ontario a condamné Justin Bruneau à 30 mois d'incarcération pour avoir fait défaut de divulguer sa séropositivité à son ex-petite amie avant d'avoir des relations sexuelles non protégées avec elle.⁸ Bruneau, qui a plaidé coupable à des accusations de voies de fait grave, de voies

de fait et de menaces, n'a pas transmis l'infection à la femme.⁹

Selon le ministère public, le couple a eu des rapports sexuels non protégés environ 80 fois durant les quatre mois qu'a duré leur relation.¹⁰ À l'époque, M. Bruneau était séropositif depuis plus de 10 ans. La relation a pris fin à la suite d'une dispute au cours de laquelle Bruneau a agressé physiquement la plaignante et a menacé de tuer son fils adolescent. C'est à ces incidents que se rapportent les accusations de voies de fait et de menaces. Après la fin de leur relation, la plaignante a appris que Bruneau était séropositif, par ses ex-petites amies.¹¹

L'avocat de Bruneau avait demandé une peine de un an à 18 mois, compte tenu de ses origines autochtones et de ses expériences de vie, notamment du fait qu'il était né de parents alcooliques, avait vécu dans des familles d'accueil et avait connu des problèmes d'identité sexuelle, d'alcoolisme et de toxicomanie. La Couronne de son côté réclamait une peine de trois ans de prison.¹² Le juge Hugh Fraser a rejeté l'argument de la défense et conclu que le défaut de Bruneau de révéler sa séropositivité avait peu à voir avec ses expériences de vie.¹³

Un Ontarien est condamné à 18 mois de prison pour agression sexuelle grave

William André Boisvert, âgé de 53 ans, a plaidé coupable à un chef d'accusation d'agression sexuelle grave et a été condamné à 18 mois de prison. L'accusation avait été déposée contre lui en décembre 2008, parce qu'il

avait omis de divulguer sa séropositivité à sa partenaire. Selon la police, Boisvert avait reçu un résultat positif à un test du VIH en 2005, et la plaignante avait appris d'une autre source que Boisvert était séropositif.¹⁴

Au moment de l'arrestation de Boisvert, la police de la région de Niagara a alerté la population et demandé à toute personne qui aurait eu des contacts sexuels avec lui de consulter un médecin.¹⁵ Les services de police ont indiqué qu'ils ne s'attendaient pas à ce que d'autres plaintes soient déposées, mais ils ont néanmoins diffusé une photo de Boisvert.

Une peine de deux ans d'emprisonnement avec sursis est imposée à une Torontoise pour non-divulgaration de sa séropositivité

Le 20 novembre 2009, après avoir plaidé coupable à un chef d'agression sexuelle grave, Robin St. Clair a été condamnée à deux ans d'emprisonnement avec sursis et trois ans de probation pour avoir omis de divulguer sa séropositivité pour le VIH à un homme avant d'avoir des relations sexuelles avec lui.¹⁶ En outre, par suite de sa condamnation, son nom sera inscrit au registre des délinquants sexuels.

Robin St. Clair a rencontré le plaignant en mars 2007 et ils ont eu à deux occasions des relations sexuelles avec un condom.¹⁷ La deuxième fois, le condom s'est déchiré; c'est alors que l'accusée a divulgué son état au plaignant. Celui-ci n'a pas contracté le VIH.

Un homme est reconnu coupable d'agression sexuelle pour avoir omis de divulguer son infection à l'hépatite B

Le 3 mars 2010, Darral James O'Regan a été condamné à un an d'emprisonnement et trois ans de probation pour avoir omis de divulguer son infection à l'hépatite B avant d'avoir des relations sexuelles avec deux femmes à l'Île du Prince-Édouard.¹⁸ Le nom de O'Regan, qui a plaidé coupable à des chefs d'agression sexuelle et agression sexuelle causant des lésions corporelles, sera en conséquence inscrit au registre canadien des délinquants sexuels pour une période de 20 ans.

M. O'Regan a contracté l'hépatite B dans les années 1970. Il a eu des relations sexuelles avec les deux femmes entre 2003 et 2006, et l'une d'elles a contracté l'hépatite B.

Selon la police, une enquête sur les activités de O'Regan a commencé en 2007, après qu'une plainte eut été déposée contre lui par l'une des plaignantes. L'enquête avait permis d'identifier une seconde plaignante. O'Regan a été arrêté en août 2008 à Hamilton, Ontario.¹⁹

Un résident de Hamilton reconnu coupable d'agression sexuelle grave meurt avant la détermination de la peine

Daniel Edgar Chin, qui avait plaidé coupable en octobre 2009 à quatre chefs d'agression sexuelle grave pour avoir omis de divulguer sa séropositivité à quatre partenaires, est décédé à son domicile le 16 novembre 2009.²⁰

M. Chin devait recevoir sa peine en janvier 2010.²¹

L'homme, qui n'avait pas d'antécédents judiciaires, avait été autorisé à résider avec ses parents à de strictes conditions de liberté provisoire jusqu'à la détermination de sa peine.²²

¹ R. c. Wright, [2009] 2009 BCCA 514 (Cour d'appel de Colombie-Britannique).

² Ibid., par. 32.

³ R. c. Cuerrier, [1998] 2 R.C.S. 371 (Cour suprême du Canada), par. 129.

⁴ R. c. Mekonnen, [2009] O.J. No. 5766.

⁵ R. c. Mekonnen (26 janvier 2010), Dossier Brampton #08-7087.

⁶ Ibid., par. 44-45.

⁷ Ibid., par. 57.

⁸ M. Gillis, « Prison term for hiding HIV status », *The Ottawa Sun*, 24 février 2010, p. 17.

⁹ M. Gillis, « Man convicted for exposing woman to HIV », *The Ottawa Sun*, 19 février 2010, p. 8.

¹⁰ A. Seymour, « Jail HIV-positive man for 3 years: Crown; Woman 'traumatized' after transgendered sex partner exposed her to potentially fatal virus '80 times », *The Ottawa Citizen*, 19 février 2010, p. B1.

¹¹ Ibid.

¹² Ibid.

¹³ M. Gillis, « Prison term for hiding HIV status ».

¹⁴ R. De Lazer, « HIV-infected St. Kitts man faces sex charge », *The Hamilton Spectator*, 30 décembre 2008.

¹⁵ « Police warn public about St. Catharines man charged in HIV-assault », *The Canadian Press*, 29 décembre 2008.

¹⁶ « Toronto woman gets house arrest for failing to disclose HIV status to man », *The Canadian Press*, 20 novembre 2009.

¹⁷ Ibid.

¹⁸ « Man with Hepatitis B Jailed for Sexual Assault », *CBC News*, 4 mars 2010.

¹⁹ « Hamilton man brought to P.E.I. to face sex charges », *CBC News*, 18 août 2008.

²⁰ B. Brown, « Man pleads guilty to HIV assaults; Chin didn't tell partners », *The Hamilton Spectator*, 6 octobre 2009, p. A3.

²¹ « Man convicted of HIV sex assault dies before sentencing », *The Hamilton Spectator*, 24 novembre 2009, p. A4.

²² Ibid.

LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX — INTERNATIONAL

Nous présentons dans cette rubrique un résumé d'arrêts importants de la jurisprudence internationale relatifs au VIH/sida ou qui revêtent de l'importance pour les personnes qu'il affecte. La rubrique porte sur des affaires civiles et pénales. La couverture est sélective. Seuls les arrêts importants ou les jugements qui font jurisprudence sont inclus, dans la mesure où ils sont portés à l'attention de la Revue. La couverture de la jurisprudence états-unienne est très sélective. On trouve des comptes rendus d'arrêts américains dans *AIDS Policy & Law* et dans *Lesbian/Gay Law Notes*. Les lecteurs sont invités à signaler d'autres affaires dont ils auraient connaissance à Patricia Allard (pallard@aidslaw.ca), directrice adjointe du Réseau juridique canadien VIH/sida et responsable de la présente section. Sauf indication contraire, les articles de la section ont été rédigés par Patricia Allard.

Afrique du Sud — Le président de l'aile jeunesse de l'ANC est déclaré coupable d'avoir tenu des propos haineux

Le 15 mars 2010, la Johannesburg Equality Court (tribunal des droits de la personne) a déclaré Julius Malema, le président de l'aile jeunesse du Congrès national africain (ANC), coupable de propos haineux et de harcèlement pour ses commentaires concernant les femmes qui survivent à un viol.

Le Sonke Gender Justice Network (le réseau Sonke) a accusé Malema d'avoir tenu des propos haineux et de harcèlement à la suite d'un dis-

cours qu'il avait prononcé devant les étudiants de la Cape Peninsula University of Technology en janvier 2009. À propos de la femme qui a

accusé le vice-président de l'ANC, Jacob Zuma, de viol, Malema a dit aux étudiants : « Quand une femme n'a pas aimé ça, elle part tôt le matin.

Celles qui ont eu du bon temps attendant que le soleil se lève, veulent déjeuner et demandent de l'argent pour le taxi. »¹

Malema a reconnu avoir fait la remarque, mais il a soutenu qu'il l'entendait seulement comme un commentaire sur le jugement qui avait acquitté Zuma. L'avocat de Malema, Tumi Mokwena, a expliqué que les commentaires de Malema se rapportaient au fait que le juge, en acquittant Zuma, avait dit que la femme n'avait pas crié et qu'elle était allée à la cuisine le lendemain matin pour manger.²

Le réseau Sonke soutenait que les commentaires entretenaient les mythes et les stéréotypes sur le viol et que cela pouvait amener les auteurs à croire qu'ils peuvent agir en toute impunité et dissuader les victimes qui survivent à un viol d'obtenir des soins de santé ou de demander justice. Le porte-parole du réseau Sonke, Mbuyiselo Botha, alléguait que « plutôt que d'entretenir les mythes sur le viol, les personnalités publiques devraient affirmer clairement que le viol peut arriver n'importe où, et que le violeur peut être n'importe qui ».³

Botha a souligné qu'il n'existe pas de règles concernant la manière dont les victimes de viol peuvent se comporter, et qu'il est essentiel de « faire en sorte que les femmes victimes de viol ne sont pas stigmatisées et qu'on ne leur fait pas se sentir coupables des crimes commis contre elles ».⁴

La Cour a approuvé la position de Sonke et a jugé que les commentaires formulés par Malema constituaient des propos haineux et du harcèlement au sens du *Promotion of Equality and Prevention of Unfair Discrimination Act* (qu'on appelle aussi *Equality*

Act). Le juge Colleen Collis a ordonné à Malema de présenter des excuses publiques inconditionnelles et de payer 50 000 rands (environ 6 900 \$CAN) à un centre pour femmes battues.

Par suite de la décision, Mbuyiselo Botha a dit que « le juge Collis a démontré que nous avons en Afrique du Sud un système de justice solide qui protège les valeurs constitutionnelles, et cette décision prouve que le système judiciaire peut protéger les droits des femmes qui survivent à un viol ».⁵

Le communiqué de presse diffusé par le réseau Sonke le jour de la décision disait : « Il ne suffit pas que [...] les dirigeants s'abstiennent de faire des commentaires irresponsables; nous avons besoin d'un leadership proactif qui incite les hommes et les garçons à prendre des mesures concrètes contre la violence faite aux femmes. » Le réseau y invitait les hommes qui occupent des postes publics à être « clairs et constants dans leur appui explicite à l'égalité des sexes et à condamner ouvertement et sans équivoque toutes les formes de violence dirigée contre les femmes ».⁶

Les avocats de Malema ont annoncé leur intention de porter la décision en appel.

Commentaire

La violence dirigée contre les femmes est l'une des pires manifestations d'inégalité. Elle a des effets dévastateurs sur la vie, la santé et le bien-être général des femmes dans le monde entier. Étant donné le lien bien établi entre la violence dirigée contre les femmes et le VIH,⁷ l'existence de ce type de violence est également devenue une importante préoccupation de santé publique. Le traitement inégal des femmes augmente leur

risque de contracter le VIH, ce qui en retour augmente leur risque de subir d'autres violences.

À la fin de 2008, l'ONUSIDA estimait que, sur 31,3 millions d'adultes qui vivent avec le VIH et le sida, environ la moitié étaient des femmes,⁸ que la physiologie et le statut social continuent de rendre plus vulnérables à contracter le VIH. Biologiquement, les femmes sont deux fois plus susceptibles à l'infection par le VIH que les hommes, dans les relations hétérosexuelles non protégées.

Dans des sociétés comme l'Afrique du Sud, où le déséquilibre de pouvoir et la violence dirigée contre les femmes sont courants, les femmes ont moins de possibilités de négocier l'utilisation de condom et de surveiller les activités extraconjugales de leurs conjoints, et elles sont plus susceptibles d'être assujetties à des relations sexuelles non consenties.⁹ Une étude réalisée en Afrique du Sud en 2004 a conclu que les femmes battues ou dominées par leurs conjoints étaient beaucoup plus susceptibles de contracter le VIH que les autres femmes. Une étude réalisée en 2009 auprès de 20 425 couples en Inde a confirmé le lien entre la transmission du VIH et la violence, et conclu que les maris violents étaient plus susceptibles que les autres époux d'être séropositifs au VIH.¹⁰

Bien que les années post-Apartheid aient vu une augmentation de l'intervention de l'État dans le problème de la violence dirigée contre les femmes, les commentaires de Malema rappellent que les lois et les politiques, à elles seules, sont insuffisantes sans le leadership proactif souhaité par le réseau Sonke.

– Kelly Sinclair

Kelly Sinclair
(ksinclair@millerthomson.com)
est avocate au sein du cabinet Miller
Thomson à Toronto.

¹ « Equality Court to rule on Malema hate speech complaint », *The Citizen* (édition en ligne), 15 mars 2010.

² « Malema back in Equality Court over rape remarks », *Mail and Guardian Online*, 27 août 2009.

³ Sonke Gender Justice Network, « Julius Malema's Comments Amount to Hate Speech and Harassment », communiqué, 15 mars 2010 (www.genderjustice.org.za/press-releases/sonke-press-statement-on-the-equality-courts-ruling-on-the-julius-malema-case).

⁴ *Ibid.*

⁵ *Ibid.*

⁶ Sonke Gender Justice Network (*supra*).

⁷ Réseau juridique canadien VIH/sida, *Respect, Protect and Fulfill: Legislating for Women's Rights in the Context of HIV/AIDS*, volume 1, 2009.

⁸ ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida, 2009* (www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpdArchive/2009/default.asp).

⁹ AVERT, « Women, HIV and AIDS », 10 mars 2010 (www.avert.org/women-hiv-aids.htm).

¹⁰ *Ibid.*

Inde — Un tribunal tranche un litige de droits de propriété en faveur d'une veuve séropositive

Le 22 décembre 2009, la Haute Cour de Calcutta a réglé un litige en matière de droits de propriété en faveur d'une veuve séropositive. La décision a été qualifiée de nouveau point de référence, vu son résultat et vu la vitesse à laquelle elle a été rendue.¹

Le mari de Pampi Das (dont le nom a été changé pour le traitement dans les médias) est décédé du sida en 2006. Il dirigeait une entreprise de transport avec ses frères; lorsqu'ils ont découvert que Pampi était également séropositive, les frères ont refusé de lui donner la part de l'entreprise de son mari.

Pampi a passé des années à réclamer sans succès la part de son mari auprès de ses beaux-frères, jusqu'à ce qu'elle s'adresse à une organisation du nom de Solidarity and Action Against the HIV Infection in India (SAATHII) qui, au nom du gouvernement, d'organismes des Nations Unies et de membres de la société civile, plaide pour l'accès universel

aux services de prévention, de soins et de traitement en lien avec le VIH/sida; des réformes politiques en matière de santé et de politique; et la réduction de la stigmatisation et de la discrimination envers les personnes qui vivent avec le VIH/sida ou qui y sont vulnérables.²

Lorsque Pampi a présenté sa cause à la SAATHII, l'organisme a promptement déposé une requête à la High Court en son nom. Après trois audiences, le juge Shankar Prasad Mitra a accordé à Pampi la part d'entreprise de son mari.

Le Daily News and Analysis (DNA) India a dit du jugement qu'il venait « à la rescousse du système judiciaire indien, qui était devenu

synonyme de délais anormalement longs », et révélait « le côté humain du système judiciaire », parce qu'il « évitait à la pauvre Pampi Das ... le supplice de faire le tour des tribunaux et de dépenser ses économies à faire valoir ses droits ».³

Du même avis sur le jugement, l'agent de la documentation de la SAATHII, Soma Roy Karmarker, a déclaré : « [D]ans la plupart des cas, les victimes doivent attendre deux ans avant d'obtenir justice. Mais le cas de Pampi nous donne de l'espoir. »⁴

Commentaire

Dans le cas actuel, la séropositivité fut à l'origine d'un acte de discrimination qui a eu des effets

néfastes sur les droits de propriété d'une femme. Toutefois, la négation d'un droit d'héritage ou d'autres droits de propriété peut également augmenter la vulnérabilité des femmes, en ce qui a trait à la transmission du virus. Le manque de biens, ou l'inaptitude à en posséder, peut donner lieu à l'instabilité et à la dépendance économique. Cela,

en retour, augmente les risques que des femmes soient victimes d'exploitation sexuelle et de violence, parce qu'elles peuvent être forcées de tolérer des relations violentes ou de recourir au travail sexuel pour survivre.⁵

— Kelly Sinclair

Kelly Sinclair est avocate au sein du cabinet Miller Thomson à Toronto.

¹ S. R. Chadhuri, « Positive Calcutta HC settles HIV patient's case in 3 days », DNA India, 24 décembre 2009.

² www.sathii.org

³ S.R. Chadhuri (*supra*).

⁴ *Ibid.*

⁵ « Women, HIV and AIDS », AVERT, dernière mise à jour en mars 2010, en ligne : www.avert.org/women-hiv-aids.htm.

Équateur — Un travailleur séropositif poursuit son employeur pour discrimination

La Cour constitutionnelle de l'Équateur se penche sur le cas d'un homme vivant avec le VIH/sida qui allègue que, contrairement aux lois fédérales et internationales, il a perdu son emploi à l'automne 2009 parce qu'il est séropositif.

Selon la Coalition équatorienne pour les personnes vivant avec le VIH/sida (CEPVVS), Carlos (le nom de l'homme a été changé pour protéger sa vie privée), qui travaillait pour la division équatorienne de Baxter Laboratories depuis six ans, a été congédié en octobre 2009, deux mois après avoir divulgué sa séropositivité par écrit à son supérieur immédiat et au directeur de la division.¹

En août 2009, le médecin de l'entreprise Baxter a offert à Carlos un vaccin contre l'hépatite B qui est offert systématiquement aux employés. Carlos a toutefois informé le médecin que son médecin traitant lui avait conseillé de ne pas rece-

voir ce type de vaccin, parce qu'il pourrait avoir un effet néfaste sur la faible numération de ses lymphocytes CD4.²

Le médecin de Baxter a accepté l'explication, mais il a demandé à Carlos d'en informer par écrit le directeur de la division équatorienne de Baxter Laboratories et son supérieur immédiat. En août 2009, Carlos a envoyé une lettre par courriel au directeur de la société et à son supérieur les informant de sa séropositivité, mais il n'a reçu d'accusé de réception ni de l'un, ni de l'autre.³

Après sa déclaration à la direction, Carlos a commencé à subir un certain niveau d'ostracisme et de harcèle-

ment au travail. Au début de l'automne, son permis de stationnement sur le terrain de l'entreprise a été révoqué; puis, après six années d'emploi, pendant lesquelles il n'a jamais été obligé d'inscrire son temps à une horloge de pointage, on a soudainement exigé qu'il note ses heures. En outre, les collègues qui mangeaient à la même table que lui depuis des années ont décidé de cesser de le faire.⁴

Le 21 octobre 2009, Carlos a été convoqué par l'avocat de la société, qui l'a informé, sans explication, qu'il était congédié. Il lui a demandé de signer une lettre de démission et lui a offert l'équivalent de 8 000 \$CAN en « prime ». Carlos a refusé

de signer la lettre et de prendre « la prime ».⁵

Carlos a porté plainte contre son employeur auprès du ministère du Travail de l'Équateur. L'inspecteur du ministère du Travail chargé d'examiner le cas, Gabriela Garcia, a conclu que Baxter avait violé les droits de Carlos reconnus non seulement à la clause 81 des articles de l'Organisation internationale du travail (OIT), mais également à l'article 11 de la Constitution de l'Équateur et à l'article 398 des règlements du ministère de la Justice de l'Équateur.

L'article 11 (2) de la Constitution de l'Équateur prévoit que : « Chacun a droit à l'égalité et a le droit de bénéficier des mêmes droits, obligations et possibilités. Chacun a droit à la protection contre la discrimination fondée sur l'ethnicité, le lieu de naissance, l'âge, le sexe, la religion, l'orientation sexuelle ... l'état de santé, le VIH/sida, le handicap physique... Toute forme de discrimination encourt des conséquences juridiques. »⁶

S'appuyant sur le droit intérieur et le droit international, le ministère du Travail a ordonné à Baxter de reprendre Carlos à son service, ce qu'elle fit — du moins initialement. Le 17 novembre, Carlos a été congédié de nouveau. La société prétend que le contrat de Carlos a été résilié pour des motifs objectifs légitimes et non discriminatoires.

Le 20 novembre 2009, le juge Susana Vallejo s'est prononcée en faveur de Carlos et a « rendu une

ordonnance d'injonction interdisant son congédiement. » Le 27 novembre, la même juge a annulé son ordonnance, sans expliquer en détail ses motifs.

Le journal équatorien *El Telégrafo*, a rapporté les propos d'Hernan Barrios, un avocat qui représentait la société Baxter, selon lequel « Baxter affirme que le congédiement de Carlos reposait sur des motifs liés à son rendement au travail pendant qu'il était à son emploi ». ⁷ Barrios aurait dit que « quand Baxter a appris que Carlos avait le VIH, la société a dû déterminer si son travail, qui consistait à fournir du soutien technique à l'entretien de l'équipement de dialyse, affecterait les patients qui recevaient ce traitement ».⁸

Selon Carlos, pendant ses six dernières années à l'emploi de la société il a reçu d'excellentes évaluations. *El Telégrafo* a également interviewé Illmer Coello, un ex- employé de Baxter qui a été le supérieur hiérarchique de Carlos. Coello a déclaré que l'allégation de Baxter que Carlos avait été congédié pour son mauvais rendement est absolument fausse. Selon Coello, « la société a des procédures d'évaluation très rigoureuses ». ⁹ Coello s'est dit persuadé que, si les dossiers de rendement de Carlos étaient rendus publics, ils démontreraient que Carlos n'a jamais eu d'évaluation de rendement négative.

Selon Santiago Jaramillo, directeur de la CEPVVS, de nombreuses sociétés exigent que leurs employés

passent un test VIH de routine, et plusieurs personnes sont congédiées à cause de leur séropositivité. Jaramillo a expliqué que la plupart des gens ne contestent pas ces pratiques discriminatoires en justice, parce qu'elles se méfient du système judiciaire. Jaramillo précise que le cas de Carlos est le premier que la CEPVVS a pu soumettre au système judiciaire.¹⁰

¹ Ecuadorian Coalition for People Living with HIV/AIDS, communiqué, 2 février 2010 (www.kimirina.org/component/content/article/20-noticias-recientes/44-denunciacoalicion).

² R. Stern, « Baxter Laboratories Accused of Discrimination against PLWA », The Agua Buena Human Rights Association, février 2010 (www.kimirina.org/component/content/article/20-noticias-recientes/44-denunciacoalicion).

³ *Ibid.*

⁴ *Ibid.*

⁵ *Ibid.*

⁶ Constitution de la République de l'Équateur, 2008, Título II, Art. 11 (2).

⁷ F. Cárdenas, « Personas con HIV callan el discrimen laboral », *El Telégrafo*, 2 janvier 2010.

⁸ *Ibid.*

⁹ *Ibid.*

¹⁰ R. Stern (*supra*).

Droit criminel et cas de transmission du VIH ou exposition

Royaume-Uni — Un fugitif est incarcéré pour avoir transmis le VIH à son partenaire

Un homme a été incarcéré, au Royaume-Uni, après avoir échappé à la police pendant plus de trois ans. Mark James avait disparu juste avant de recevoir sa peine, après avoir été déclaré coupable de voies de fait causant des lésions corporelles pour avoir transmis le VIH à son ex-petit ami. Au moment de la détermination de la peine, il aurait été la première personne à être incarcérée pour transmission négligente du VIH au Royaume-Uni.

James a passé des tests qui ont donné des résultats positifs pour le VIH et la syphilis, en 2004, mais il a continué d'avoir des relations sexuelles non protégées avec son ami sans lui révéler sa maladie. Il a été arrêté après que son partenaire, devenu très malade, et dut être conduit d'urgence à l'hôpital, où l'on a diagnostiqué qu'il était séropositif au VIH.

Après avoir été déclaré coupable de voies de fait causant des lésions corporelles pour avoir transmis le virus « par sa négligence », James a disparu quelques jours avant d'être condamné à trois ans et quatre mois d'emprisonnement pour les infractions. Il s'est réfugié à Narbonne, dans le sud-ouest de la France, où il a résidé jusqu'au début de l'année. Il est retourné en Angleterre en janvier 2010 pour recevoir un traitement médical pour

un lymphome, et il a été arrêté par la police le 10 février.

En plus de sa première peine, James a été condamné à 10 mois de prison additionnels pour non-respect de ses conditions de libération.¹

Nouvelle-Zélande — Un tribunal instruit la cause d'un homme accusé d'avoir transmis le VIH à sa femme en l'agressant avec une aiguille

Un Néo-zélandais séropositif risque une peine de 14 ans de prison; il a reconnu avoir donné le VIH à sa femme endormie, par une aiguille souillée.

L'homme a découvert qu'il avait contracté le virus en 2004, bien que sa femme et ses enfants aient eu des résultats négatifs. Après son diagnostic, le couple a rapidement connu des problèmes conjugaux : la femme, de peur de contracter l'infection, refusait d'avoir des relations sexuelles avec son mari.

La femme a passé un test qui s'est révélé positif peu de temps après deux incidents où elle s'était réveillée à cause d'une sensation de piquûre aux jambes. Lorsque la femme a confronté son mari après avoir appris son diagnostic, il a avoué l'avoir piquée avec une aiguille à coudre qu'il avait trempée dans son sang. Il a déclaré qu'il avait eu l'intention de la contaminer pour qu'elle ne le quitte pas.²

Une chanteuse populaire allemande est accusée de voies de fait causant des lésions corporelles

Nadja Benaissa, une chanteuse populaire allemande du groupe No Angels, a été accusée de voies de fait causant des lésions corporelles pour avoir omis de dire à trois partenaires sexuels qu'elle était séropositive au VIH. Benaissa aurait eu des relations sexuelles avec les trois hommes entre 2006 et 2008. L'un d'eux a depuis passé un test du VIH qui s'est révélé positif.³

La chanteuse avait d'abord été arrêtée en 2009 pour les mêmes infractions, parce qu'elle était « fortement soupçonnée » d'avoir exposé les trois hommes au VIH. Elle est demeurée détenue plusieurs jours, après qu'un juge eut conclu qu'elle présentait un danger de récidive.⁴ Elle avait finalement été remise en liberté, faute de preuve.

Un Écossais condamné pour non-divulgateion bien qu'il n'y ait pas eu de transmission

Un Écossais a été condamné à dix ans de prison pour quatre chefs de conduite insouciant coupable et pour avoir transmis le VIH à une femme et avoir eu des relations sexuelles non protégées avec trois autres sans leur dire qu'il était séropositif. C'est

la première fois qu'une personne est déclarée coupable pour défaut de divulgation de la séropositivité sans qu'il y ait eu transmission du VIH.⁵

Mark Devereaux a eu des relations sexuelles non protégées avec les quatre femmes entre 2003 et 2008. Une des femmes a découvert son infection lorsqu'elle est devenue enceinte, et elle a subséquemment mis terme à sa grossesse. Les

trois autres femmes n'ont pas été infectées.⁶

Devereaux a interjeté appel contre la peine, qui est l'une des plus longues jamais imposées pour ce type d'infraction.⁷

¹ J. Thomas, « Fugitive who infected partner with HIV is jailed », *Hounslow Chronicle*, 16 février 2010.

² B. Malkin, « HIV-positive man infects sleeping wife with virus in needle attack », *The Daily Telegraph*, 7 décembre 2009.

³ « German girl band star charged in HIV case », BBC News, 12 février 2010.

⁴ F. Yeoman, « Singer with most popular German band faces jail for 'injecting man with HIV' », *The Times Online*, 14 avril 2009.

⁵ M. Carter, « Ten-year sentence in Scottish HIV prosecution », *Aidsmap News*, 26 février 2010.

⁶ « Man guilty of 'reckless' HIV sex », BBC News, 19 janvier 2010.

⁷ M. Carter (*supra*).

En bref

Malawi — Le premier mariage homosexuel célébré au pays donne lieu à des accusations criminelles

Le 29 décembre 2009, Tiwonge Chimbalanga et Steven Monjeza ont été arrêtés après s'être mariés. Il s'agirait du premier mariage homosexuel célébré au Malawi. Les deux hommes ont été accusés d'actes contre-nature et de grossière indécence, et ils pourraient être condamnés à 14 ans de prison s'ils sont déclarés coupables.¹

Les hommes ont interjeté appel à la Cour constitutionnelle du Malawi. Ils alléguaient que les accusations criminelles violaient leur droit à la vie privée, leur liberté d'opinion et d'expression. Leur requête a été rejetée. Le juge en chef Lovemore Munlo a déclaré que l'affaire n'était qu'une simple procédure pénale qui ne concernait pas « l'interprétation ou

l'application de la constitution ». ² La cause sera instruite devant un tribunal d'instance inférieure.

Inde — La Cour suprême recommande la légalisation de la prostitution

En décembre, deux juges de la Cour suprême de l'Inde ont recommandé au Solliciteur général de l'Inde que la prostitution soit légalisée. Les juges Dalveer Bhandari et A.K. Patnaik ont fait leurs remarques à l'occasion d'un litige d'intérêt public sur le trafic intenté par Bachpan Bachao Aandolan, un ONG qui lutte contre le trafic d'enfants.³

Les juges ont déclaré que la prostitution est le plus vieux métier du monde, que la criminalisation n'est jamais parvenue à la freiner et qu'elle serait mieux contrôlée si elle était légalisée. À leur avis, cela permettrait

au gouvernement de mieux « surveiller le commerce, de favoriser la réadaptation et de fournir les soins médicaux appropriés aux personnes concernées ».⁴

La réglementation fournirait également de meilleurs moyens de prévenir des crimes commis dans le contexte du commerce sexuel, notamment le trafic de femmes et d'enfants. Le Solliciteur général Gopal Subramaniam, qui représentait le gouvernement dans les procédures, a accepté de considérer leurs recommandations.

La prostitution est en augmentation en Inde. Une étude récente laisse entendre que le nombre de travailleurs sexuels dans le pays est passé de deux millions en 1997 à trois millions en 2003–2004.⁵

On croit que ce commerce joue un rôle important relativement au nombre de personnes qui vivent avec le VIH/sida en Inde, actuellement estimé entre 2,0 et 3,1 millions.⁶

Bombay — La Haute Cour demande au gouvernement d'envisager d'autoriser les visites conjugales

En janvier 2010, la Haute Cour de Bombay a instruit un litige d'intérêt public portant sur l'absence d'aide médicale adéquate pour les personnes qui vivent avec le VIH en prison. Devant l'augmentation des taux d'infection à VIH dans les institutions carcérales à Bombay, les juges Majumdar et Ketkar ont demandé au gouvernement du Maharashtra d'envisager d'autoriser les personnes qui purgent des peines de deux ans d'emprisonnement ou plus à recevoir mensuellement la visite de leur femme.

La demande des juges était fondée sur l'idée que permettre les visites conjugales pourrait réduire les comportements à risque élevé et la transmission du VIH dans les prisons. Le militant Anand Grover, désigné *amicus curiae*, a dit à la Cour : « Que cela nous plaise ou non, la sexualité dans les prisons existe. C'est un fait que tout le monde veut balayer sous le tapis. »⁷

Le juge Majumbar a observé que le gouvernement dépense des crores de roupies⁸ pour freiner la propagation du VIH dans les prisons, et il a suggéré que le fait de prendre en compte les besoins physiologiques des détenus serait une mesure préventive avisée.

Grover a également mentionné les avantages de l'utilisation de condoms dans les prisons, mais l'avocat général Ravi Kadam a rejeté cette possibilité, alléguant que le fait de rendre les condoms accessibles dans les prisons favoriserait encore plus les relations sexuelles entre détenus.⁹

La Cour a ordonné au gouvernement de combler les postes de médecins vacants dans toutes les prisons du Maharashtra avant février 2010 et de mettre sur pied des laboratoires de dépistage du VIH dans les prisons centrales de Nashik, Thane, Pune et Nagpur avant le 20 janvier.

Une enseignante chinoise est condamnée à trois ans de prison pour avoir agressé des élèves avec une seringue

En mars 2010, une enseignante à la maternelle a été condamnée à trois ans d'emprisonnement après avoir plaidé coupable à des accusations « d'avoir mis la sécurité publique en danger ».¹⁰

Sun Qiqi avait été accusée d'avoir poignardé, avec une seringue vide, plus de 60 enfants dont elle avait la garde. Elle aurait fait cela dans le but de les punir pour leur désobéissance.

L'agence de presse Xinhua a rapporté que Qiqi, qui travaillait dans une maternelle privée dans la pro-

vince du Yunnan, était simplement dépassée par le nombre élevé d'enfants sous sa responsabilité.

Les parents des enfants — âgés de trois à cinq ans — ont déposé contre l'enseignante des demandes d'indemnisation pour une somme de 1,8 million de yuans (264 000 \$CAN). Bien que la Cour ait conclu que les agressions ont créé de la panique chez les élèves et leurs parents, elle a rejeté les demandes.¹¹

Tous les enfants victimes des agressions ont subi des tests pour le VIH et l'hépatite B et C qui se sont révélés négatifs.

¹ D. Smith, « Malawi launches operation against high-profile gay and lesbian people », *The Guardian*, 16 février 2010.

² « Constitutional Court rejects gay appeal », *Afrol News*, 24 février 2010.

³ « Legalize prostitution if you can't curb it: SC to Govt », *Times of India*, 10 décembre 2009.

⁴ « India court raises questions of legalising prostitution », *BBC News*, 10 décembre 2009.

⁵ *Ibid.*

⁶ « India's Supreme Court suggests legal prostitution: report », *Agence France-Presse*, 10 décembre 2009.

⁷ « Why can't prisoners have sex in jails, court asks Maharashtra govt », *The Time of India*, 14 janvier 2010.

⁸ Une crore vaut environ 222 266 \$CAN.

⁹ « Give inmates gyan, not condoms: Bombay High Court », *DNA India*, 9 mars 2010.

¹⁰ « China teacher jailed for jabbing kids with syringe », *Agence France-Presse*, 24 mars 2010.

¹¹ *Ibid.*