

Réseau juridique canadien VIH/sida

# REVUE VIH/SIDA, DROIT ET POLITIQUES

VOLUME 15, NUMÉRO 2, AVRIL 2011

## **Analyse des lois et politiques sur la prévention, le traitement et les soins en matière de VIH, pour les personnes qui font usage de drogue et les personnes incarcérées en Asie centrale et en Azerbaïdjan**

En janvier 2011, le Bureau régional d'Asie centrale de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) et le Réseau juridique canadien VIH/sida ont publié un rapport exhaustif qui évalue le cadre législatif et réglementaire de la réponse au VIH dans six pays du Commonwealth des États indépendants. Fondé en partie sur le travail de groupes d'experts nationaux dans chaque pays examiné, le rapport formule des dizaines de recommandations de réforme des lois et politiques, notamment des réformes spécifiques à la situation dans chaque pays examiné, avec un point de mire particulier sur la réponse à l'épidémie du VIH à croissance rapide en lien avec l'injection de drogue et dans les prisons.

Le texte complet du rapport — intitulé *Accessibility of HIV Prevention, Treatment and Care Services for People who Use Drugs and Incarcerated People in Azerbaijan, Kazakhstan, Kyrgyzstan,*

*voir page 5*

### **Dans ce numéro**

Vers la mise en place de sites d'injection supervisée au Québec	17
La production de médicaments anti-VIH génériques est menacée par un accord de libre échange UE-Inde	25
Afrique — Vulnérabilité pour les minorités sexuelles	28
Portugal — Une étude démontre que la décriminalisation de la drogue a un effet positif	31
Ontario — Des dispositions du Code criminel relatives à la prostitution sont invalidées	34
Chine — Un candidat séropositif perd sa poursuite contre un conseil scolaire pour discrimination	53
Un homme roumain qui a contracté la TB en prison l'emporte devant la Cour européenne	57



Canadian  
HIV/AIDS  
Legal  
Network

Réseau  
juridique  
canadien  
VIH/sida



Cette publication a été  
financée en partie par  
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](mailto:info@aidslaw.ca)  
[www.aidslaw.ca](http://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](mailto:dcozac@aidslaw.ca)

Rédactrice en chef, Développements au Canada :  
Alison Symington, [asymington@aidslaw.ca](mailto:asymington@aidslaw.ca)

Rédactrice en chef, Développements internationaux :  
Cécile Kazatchkine, [ckazatchkine@aidslaw.ca](mailto:ckazatchkine@aidslaw.ca)

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

Rédacteur en chef, Le VIH/sida devant les tribunaux — International :  
Mikhail Golichenko, [mgolichenko@aidslaw.ca](mailto:mgolichenko@aidslaw.ca)

Coordonnateur : Vajdon Sohaili

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

Mise en page : Liane Keightley

La liste des membres du comité éditorial de la *Revue VIH/sida, droit et politiques* est accessible à [www.aidslaw.ca/revue](http://www.aidslaw.ca/revue).

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 2011. 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](http://www.aidslaw.ca/revue)

Pour information sur l'adhésion, écrire aux coordonnées ci-dessus ou visiter la page [www.aidslaw.ca/devenezmembre](http://www.aidslaw.ca/devenezmembre)

**Cette publication a été financée en partie par l'Agence de la santé publique du Canada.**

**Les opinions exprimées dans cette publication relèvent uniquement de leurs auteurs/chercheurs et ne reflètent pas nécessairement les positions officielles des bailleurs de fonds ou du Réseau juridique canadien VIH/sida.**

### Au sujet du Réseau juridique canadien VIH/sida

Le Réseau juridique canadien VIH/sida ([www.aidslaw.ca](http://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 de l'American Bar Association

L'American Bar Association est la plus importante association professionnelle volontaire au monde. 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 travaille 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

## DOSSIER

Analyse des lois et politiques sur la prévention, le traitement et les soins en matière de VIH, pour les personnes qui font usage de drogue et les personnes incarcérées en Asie centrale et en Azerbaïdjan	I
---	---

## DÉVELOPPEMENTS AU CANADA

Vers la mise en place de sites d'injection supervisée au Québec	17
L'enquêteur correctionnel décrit les répercussions néfastes de la « ligne dure » du fédéral contre le crime	19
En bref	20
La Police d'Ottawa modifie sa politique sur la publication de photos de suspects dans des affaires de non-dévoilement de la séropositivité	
Expansion de prisons en vue d'une hausse de la population carcérale	
Appui de trois villes canadiennes à la Déclaration de Vienne	
La Colombie-Britannique adopte un modèle d'« offre systématique » du test du VIH	
L'Agence de la santé publique du Canada dévoile un rapport sur la situation du VIH dans la population autochtone	
Nouvelle politique sur la confidentialité, par l'Association médicale canadienne	

## DÉVELOPPEMENTS INTERNATIONAUX

L'analyse phylogénétique ne peut à elle seule prouver la source d'infection par le VIH, rappellent des experts	24
L'accord de libre-échange proposé entre l'UE et l'Inde pourrait entraver la production de médicaments anti-VIH génériques	25
Ukraine — Des progrès dans les politiques sur la drogue sont ternis par des descentes dans des cliniques de traitement	27
Afrique — Vulnérabilité pour les minorités sexuelles	28
En bref	29
Danemark — La loi pénale spécifique au VIH est suspendue	
Australie — Le centre d'injection supervisée devient permanent	
Cambodge — Ouverture d'une première clinique de méthadone	
Portugal — Une étude démontre que la décriminalisation de la drogue a un effet positif	
Afrique du Sud — Initiative de test du VIH dans les écoles	
La Commission mondiale sur le VIH et le droit	
Un commentaire du pape laisse espérer un changement à son opposition au condom	

..14

## LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX — CANADA

Ontario — Des dispositions du <i>Code criminel</i> relatives à la prostitution sont invalidées	34
C.-B. — Des travailleuses sexuelles autorisées à contester le <i>Code criminel</i>	36
Statut de réfugié refusé à un ressortissant du Swaziland : les personnes vivant avec le VIH ne sont pas « un groupe social particulier »	37
La Cour fédérale accueille la demande de révision judiciaire d'une femme séropositive originaire de la Jamaïque	38
Québec — Révéler aux membres de son personnel la séropositivité d'un autre salarié est une atteinte au droit à la sauvegarde de la dignité sans discrimination	39
La Cour d'appel de l'Ontario maintient le soutien du revenu de longue durée pour les personnes souffrant de dépendance à l'alcool et à la drogue	40
Cour fédérale — Un détenu n'a pas droit au choix du médecin	41
L'exclusion relative aux dons de sang est confirmée	43
Cour d'appel de la Saskatchewan — Les commissaires de mariage n'ont pas le droit de faire de la discrimination	44
Droit criminel et transmission du VIH ou exposition	45

## LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX — INTERNATIONAL

Chine — Un tribunal conclut qu'un conseil scolaire n'a pas agi de manière discriminatoire en refusant d'engager un candidat séropositif	53
Afrique du Sud — Un homme séropositif a gain de cause dans une action pour congédiement injustifié	54
La décision de la ville de Moscou d'interdire les marches de la fierté gaie viole la Convention européenne des droits de l'homme	55
Roumanie — La Cour européenne des droits de l'homme conclut à un traitement dégradant infligé à un homme qui a contracté la tuberculose en prison	57
Droit criminel et transmission du VIH ou exposition	58
En bref	61
Russie — La Cour suprême juge discriminatoire le congédiement d'un pilote séropositif	
Irlande — Un ex-chirurgien gagne sa poursuite contre l'État pour exposition au VIH	
É.-U. — Le département de la Justice oblige une école professionnelle de Puerto Rico à admettre une candidate séropositive	
Inde — Une société de transport déclarée coupable de discrimination envers des candidats séropositifs	
Russie — Un tribunal libère des hommes accusés d'avoir gardé et traité des toxicomanes de force	
Irlande — La Haute Cour ordonne l'administration de médicaments anti-VIH à un bébé malgré les protestations de la mère	

# Analyse des lois et politiques sur la prévention, le traitement et les soins en matière de VIH, pour les personnes qui font usage de drogue et les personnes incarcérées en Asie centrale et en Azerbaïdjan

de la page 1

**Tajikistan, Turkmenistan and Uzbekistan: Legislative and Policy Analysis and Recommendations for Reform** — est accessible en anglais et en russe via [www.unodc.org/centralasia](http://www.unodc.org/centralasia) ou [www.aidslaw.ca/centralasia](http://www.aidslaw.ca/centralasia). Le présent article, qui résume les observations et recommandations clés du rapport, a été préparé par David Cozac et Richard Elliott.<sup>1</sup>

## Introduction

Depuis quelques années, l'épidémie du VIH dans la région de l'Eurasie croît plus rapidement que partout ailleurs au monde, les pratiques d'injection de drogue non sécuritaires étant un important catalyseur. Depuis dix ans, la région composée de pays de l'ex-URSS a connu la plus forte augmentation au monde, dans la prévalence de l'usage de drogue.<sup>1</sup>

Les six pays qui font l'objet du présent examen des politiques — l'Azerbaïdjan, le Kazakhstan, le Kirghizistan, le Tadjikistan, le Turkménistan et l'Ouzbékistan — diffèrent sur le plan de la prévalence du VIH et de l'ampleur de leur ripos-

te au VIH/sida, mais ont beaucoup en commun. Tous sont aux prises avec des épidémies concentrées de VIH, alimentées principalement par des pratiques d'injection de drogue non sécuritaires et présentant un potentiel considérable de propagation rapide du VIH.<sup>2</sup> Le VIH en prison est une autre importante préoccupation; vu la criminalisation à grande échelle des personnes qui font usage de drogue, cet enjeu est étroitement lié à l'injection de drogue dans les prisons et à l'extérieur.

En plus, la région est aux prises avec la tuberculose (TB), un problème de santé publique sérieux qui contribue grandement aux décès de personnes dont le système immunitaire est compromis par le VIH. La prévalence de la TB est particulièrement élevée parmi les personnes qui s'injectent des drogues et les personnes incarcérées.<sup>3</sup>

Alors que les personnes qui s'injectent des drogues et les personnes incarcérées sont durement frappées par le VIH, elles ont peu d'accès à des services de prévention du VIH et de traitement. Selon des agences de l'ONU, « [d]ans la plupart des pays

d'Europe orientale et d'Asie centrale, où la consommation de drogues injectables représente plus de 80 % des infections par le VIH, les programmes d'échange de seringues et d'aiguilles n'atteignent régulièrement que 10 % à peine du nombre estimé de personnes qui s'injectent des drogues. »<sup>4</sup> Des interventions comme l'échange de seringues et le traitement de substitution aux opioïdes (TSO) (i.e., des médicaments comme la méthadone et la buprénorphine) sont largement reconnues à l'échelle internationale comme des éléments essentiels d'une réponse efficace au VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues et les personnes incarcérées. Pourtant, l'accès général à ces services demeure extrêmement limité pour ces populations dans les six pays examinés, en partie en raison d'obstacles juridiques et sociaux.

## La nécessité de lois et de politiques fondées sur les droits humains

L'examen mené par l'ONUSIDA, le Réseau juridique et des experts nationaux a révélé plusieurs enjeux communs, dans les lois et politiques

<sup>1</sup> L'ONUSIDA et le Réseau juridique canadien VIH/sida ont fait tout en leur possible pour vérifier l'exactitude des informations fournies dans le rapport (et résumées ici), en date de décembre 2009. Toutefois, les progrès continus de la réforme des lois et politiques, résultant en partie de ce projet, font en sorte que des changements sont survenus depuis; nous en signalons certains ici.

examinées – et plusieurs manières par lesquelles des réformes fondées sur des données et sur les normes des droits humains pourraient contribuer significativement à une réponse plus efficace au VIH.

**Des lois nationales désuètes font obstacle à des approches de prévention du VIH fondées sur des données, parmi les groupes vulnérables comme les personnes qui font usage de drogue et les personnes incarcérées.**

Presque partout dans le monde, et dans les pays examinés, les personnes qui font usage de drogues illégales et les personnes incarcérées sont souvent parmi les groupes les plus marginalisés et les plus stigmatisés de la société. Vu les pénalités administratives et criminelles liées à l'usage de drogue et à la possession même de très petites quantités de drogue pour un usage personnel, les personnes qui font usage de drogue ont un risque élevé d'être incarcérées. Elles sont vulnérables à des pratiques abusives d'application de la loi, à des taux élevés d'incarcération et au refus de services de santé (en prison et à l'extérieur).<sup>5</sup> En prison, les détenus ont un risque accru d'infection par le VIH, en raison du partage de matériel d'injection de drogue et de tatouage ainsi que de rapports sexuels non protégés, consensuels et non consen-

suels. Les conditions dans les prisons et dans les centres de détention provisoire (notamment le surpeuplement) sont piètres et exacerbent les préjudices à la santé individuelle et à la santé publique (comme la prévalence élevée de la TB).

La prévention du VIH n'est pas intégrée dans les systèmes nationaux de soins de santé (y compris en prison), ce qui signifie que les professionnels de la santé sont souvent peu familiers avec les méthodes efficaces et scientifiques de prévention et de traitement du VIH et d'autres maladies concomitantes, pour les groupes vulnérables. Les services aux populations vulnérables sont fragmentés, non coordonnés et régis par des règles et schémas de référence imprécis. Il existe peu ou pas de normes officielles pour la provision de services de réduction des méfaits. De plus, certaines lois nationales désuètes font obstacle à des approches de prévention du VIH fondées sur des données (en particulier des mesures de réduction des méfaits) parmi les groupes vulnérables et compliquent les relations entre les services à accès facilité et les instances d'application de la loi. Ces obstacles structurels, juridiques et sociaux ont pour conséquence que des centaines de milliers de personnes qui font usage de drogue et/ou incarcérées ont un accès limité ou nul à des services de prévention et de soins de santé en raison d'obstacles structurels, juridiques et sociaux.

Toutefois, des lois et règlements clairs et adéquats, pour élargir l'accès à des services de bonne qualité, pourraient contribuer à mettre à l'échelle des mesures de prévention et de traitement du VIH fondées sur des données.

Il est largement reconnu que les ripostes au VIH/sida sont beaucoup

plus efficaces lorsque les droits humains sont protégés, en particulier ceux des plus vulnérables à l'infection.

Des pactes internationaux sur les droits humains obligent les États signataires à respecter, à protéger et à réaliser divers droits humains, notamment dans et par leurs lois et politiques nationales. Cela inclut l'obligation d'adopter des mesures positives pour réaliser, au fil du temps, le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint par tous<sup>6</sup> — y compris les personnes qui font usage de drogue et les personnes incarcérées. Ces pays se sont aussi engagés à respecter et à protéger plusieurs droits civils et politiques étroitement liés à une réponse efficace au VIH, notamment les droits à la vie, à la sécurité de la personne et à la vie privée, à la liberté d'expression et d'association, et à recevoir et fournir de l'information.<sup>7</sup> De plus, à la base même du corpus du droit international des droits de la personne, le principe fondamental de la non-discrimination est particulièrement pertinent aux personnes vivant avec le VIH et à des groupes comme les personnes qui font usage de drogue et les personnes incarcérées, dont la marginalisation et l'exclusion (outre la discrimination autorisée par la loi) contribuent à leur vulnérabilité au VIH et à leur piètre accès à des services de santé et autres.

## **Aperçu des pays examinés**

### **Usage de drogue et comportements à risque connexes**

Selon l'ONU, la région de l'Asie centrale a connu une hausse marquée de l'usage de drogue, y compris de l'injection d'opioïdes.<sup>8</sup> Les antécédents

d'usage de drogue sont fréquents, parmi les personnes incarcérées, de même que l'injection de drogue en prison. Le partage de seringues est pratique courante : plusieurs détenus ont déclaré prêter, louer ou vendre leurs seringues usagées.<sup>9</sup> Le tatouage en prison est aussi répandu : selon les entrevues réalisées dans trois pays (Kirghizistan, Tadjikistan et Ouzbékistan), environ 17 % des détenus dans chaque pays s'étaient fait tatouer en prison, la plupart avec des aiguilles usagées.<sup>10</sup>

### Épidémie de VIH

Jusqu'en 1994, peu de cas de VIH avaient été recensés dans les pays de la région.<sup>11</sup> Aujourd'hui, le VIH s'y propage plus rapidement que partout ailleurs. Alors qu'il n'y avait que 50 cas de VIH en 1996, on en comptait 8 078 en 2004;<sup>12</sup> la prévalence du VIH a bondi de 1 600 % entre 2002 et 2004.<sup>13</sup> Les six pays examinés sont aux prises avec des épidémies de VIH concentrées parmi les personnes qui s'injectent des drogues et leurs partenaires sexuels, les travailleuses et travailleurs sexuels et, dans une moindre mesure (quoique probablement sous-déclarée), les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes.<sup>14</sup>

Le plus important catalyseur de l'épidémie régionale est l'injection de drogue non sécuritaire, répandue parmi les utilisateurs de drogue.<sup>15</sup> Selon des données du PNUD, la sensibilisation au risque d'infection par le partage de seringues et d'autres instruments d'injection est limitée, à la fois parmi les personnes qui font usage de drogue et le grand public. Plus de 60 % des personnes vivant avec le VIH en Ouzbékistan sont utilisatrices de drogue par injection. Dans plusieurs régions de

l'Azerbaïdjan, du Kazakhstan, du Kirghizistan et de l'Ouzbékistan, environ 30-40 % des personnes qui font usage de drogue par injection ont le VIH.<sup>16</sup>

### Systèmes et services de soins de santé

Dans chaque pays, la Constitution garantit des services de santé gratuits dans une certaine mesure, mais il y a un écart considérable entre les garanties juridiques et la réalité.<sup>17</sup> Des groupes d'experts nationaux ont signalé que les personnes qui reçoivent des soins médicaux doivent souvent payer pour des éléments comme des fournitures médicales, des repas, de la literie ou une admission rapide à l'hôpital.

Les six pays examinés sont aux prises avec des épidémies de VIH concentrées parmi les personnes qui s'injectent des drogues.

Des soins de santé gratuits sont offerts dans des établissements médicaux de district, sur présentation d'une preuve de résidence (i.e., inscription à une adresse donnée). Ce système peut être problématique pour les personnes qui n'ont pas de certificat de résidence, en particulier les sans-abri et les migrants. Sans ce document, les services de santé sont fournis uniquement sur la base d'un

paiement à l'acte (à l'exception des soins d'urgence).

### Prévention et traitement du VIH

Tous les pays examinés sont dotés de centres spécialisés en prévention et traitement du VIH, créés au début des années 1990. L'approche semblait progressiste à l'époque, mais on doute aujourd'hui de son efficacité. Une préoccupation concerne le fait que l'isolement du VIH du reste du système public de soins de santé empêche l'intégration des services liés au VIH dans les initiatives de prévention et de traitement de la TB, de la dépendance à la drogue et de l'hépatite virale.

Dans chaque pays examiné, des lois sur la santé publique régissent les interactions dans le domaine des soins de la santé, y compris le droit à des services de santé gratuits. Ces lois définissent des concepts comme les « maladies menaçant la santé d'autrui » et les « maladies socialement significatives » (sauf au Kirghizistan, où l'on adopte annuellement un « Programme de garanties de l'État » qui détermine l'admissibilité à certains services de santé primaire gratuits). L'infection à VIH et la dépendance à la drogue sont inclus dans cette couverture, dans les six pays examinés, quoique dans certaines circonstances, des traitements ne sont que partiellement couverts.

Tous les pays examinés ont adopté vers le milieu des années 1990 des lois spécifiques au VIH/sida, généralement inspirées de la loi de 1990 de l'URSS. Ces lois régissent les droits et les responsabilités des individus relativement à l'infection à VIH et au sida, de même que le mandat, les obligations et les privilèges des travailleurs de la santé et des instances du domaine du VIH. Toutes les lois

comportent des dispositions anti-discrimination et sur la confidentialité des renseignements médicaux. On recense toutefois quelques cas de poursuites en justice pour violation de ces dispositions — par exemple, par des travailleurs de la santé ayant divulgué le diagnostic confidentiel d'un patient séropositif.<sup>18</sup>

Bien que tous les pays aient mis en œuvre des services de counselling et de test volontaires du VIH, ceux-ci — de même qu'une exigence claire de consentement éclairé au test — ne sont souvent pas mentionnés officiellement dans la loi ni requis par celle-ci. De plus, à l'exception du Kirghizistan, les lois nationales sur le VIH des pays participants et/ou leur règlement d'accompagnement renferment des dispositions très larges sur le test non volontaire du VIH pour certaines catégories d'individus.

### **Traitement de la dépendance à la drogue**

Dans les six pays examinés, le traitement de la dépendance à la drogue est fourni dans des hôpitaux spécialisés en toxicomanie ou dans des centres de toxicomanie d'hôpitaux généraux.

Toutefois, dans le sillage du système de l'ère soviétique, le traitement de la toxicomanie est généralement basé sur la désintoxication avec un recours limité à des méthodes de réadaptation et de psychologie. D'autres approches tardent à être intégrées, encore aujourd'hui; cela inclut le traitement de substitution aux opioïdes par des médicaments comme la méthadone et la buprénorphine.<sup>19</sup>

Au moment de la publication du rapport de l'ONUSIDA et du Réseau juridique, en dépit de données convaincantes recueillies sur plusieurs décennies dans d'autres ressorts, et d'un appui des agences

techniques spécialisées de l'ONU, le traitement de substitution aux opioïdes (TSO) n'était offert que dans trois des six pays examinés (Azerbaïdjan, Kirghizistan, Kazakhstan) et sa couverture y était très limitée. Le Kirghizistan a été le premier pays à mettre en œuvre le TSO, en 2002. Au Tadjikistan, des dirigeants gouvernementaux ont affirmé que des projets pilotes de TSO étaient prévus sous peu. En Ouzbékistan, le TSO était disponible depuis 2004, jusqu'à ce que le gouvernement interrompe les projets en 2009. Le TSO n'est toujours pas disponible au Turkménistan.

### **Programmes de réduction des méfaits**

Le Kirghizistan a été le premier pays de la région à amorcer des programmes de réduction des méfaits : l'échange de seringues, à Bishkek et Osh, en 1999.<sup>20</sup> Au moment d'aller sous presse, il existait des programmes d'échange de seringues dans cinq des six pays examinés, le Turkménistan étant l'exception.

Toutefois, aucune de ces interventions n'est enchâssée dans la loi. Dans les stratégies nationales antidrogue des pays examinés, l'ampleur et la portée des dispositions sur la prévention du VIH en lien avec l'usage de drogue varient, mais on n'y définit pas le statut juridique des programmes de prévention du VIH pour utilisateurs de drogue. Cela place souvent les programmes existants en situation précaire, vu l'emphase marquée sur les approches punitives et coercitives à l'égard de la drogue et des personnes qui en font usage (y compris à cause d'une dépendance à la drogue).

### **Systèmes carcéraux**

En prison, les services de santé sont fournis par le département des soins

de santé du ministère responsable du système carcéral, plutôt que par le ministère de la Santé. En vertu de la loi dans chaque pays, les détenus vivant avec le VIH ont droit au traitement antirétroviral (TAR). Toutefois, des entrevues réalisées par les groupes d'experts nationaux ont révélé que les services de santé carcéraux ne sont pas équivalents à ceux de la communauté.

En 2008, il y avait environ 135 000 personnes incarcérées dans les pays examinés; de celles-ci, une proportion importante purgeait une peine pour des infractions liées à la drogue.<sup>21</sup> Dans la plupart des pays examinés, les autorités carcérales ont reconnu la réalité de l'activité sexuelle et de l'usage de drogue dans les prisons et les centres de détention provisoire, et mis en œuvre des interventions de prévention du VIH, quoique incomplètes. (Des rapports officiels du Turkménistan affirment qu'il n'y a aucun cas d'infection à VIH ni d'usage de drogue dans ses prisons.)

Selon les groupes d'experts nationaux, des informations éducatives sur la prévention du VIH sont distribuées dans les prisons de tous les pays examinés. Des condoms sont fournis aux personnes incarcérées dans seulement trois pays (Kazakhstan, Kirghizistan et Tadjikistan). Dans les trois autres pays, des condoms sont fournis seulement dans les salles de visites conjugales.

En 2000, le Kirghizistan a été un des premiers pays du Commonwealth des États indépendants à introduire des programmes d'échange de seringues en prison — dont l'importance et l'efficacité sont de plus en plus documentées et reconnues internationalement, par un nombre croissant de pays, en tant qu'éléments



d'une réponse complète au VIH en prison.<sup>22</sup> Dans trois des pays examinés (Kazakhstan, Kirghizistan et Tadjikistan), les détenus ont accès à du désinfectant; cette mesure, quoique importante, n'est pas considérée comme un remplacement satisfaisant au matériel stérile pour l'injection de drogue et le tatouage.<sup>23</sup> (En février 2010, le Tadjikistan a annoncé qu'il allait mettre à l'essai des programmes d'échange de seringues en prison et amorcer des séances éducatives pour les employés carcéraux et les détenus.<sup>24</sup>)

Dans tous les pays examinés, la loi autorise aussi le traitement obligatoire de la dépendance à la drogue en prison, mais la mise en œuvre varie. Entre-temps, le traitement volontaire de la dépendance à la drogue n'est pas toujours accessible aux patients qui en ont besoin. En août 2008, des projets pilotes de TSO (à la méthadone) étaient en cours dans des prisons du Kirghizistan, mais aucun autre pays examiné n'offrait l'accès au TSO en prison.

### **Situation des droits humains : VIH, usage de drogue et prison**

Dans tous les pays examinés, les lois et politiques sur la drogue punissent sévèrement les personnes qui font usage de drogue. Un corpus de preuves démontre que ces politiques contribuent à la marginalisation et à la stigmatisation des personnes qui font usage de drogue, nuisant aux services de prévention du VIH qui leur sont destinés et limitant leur accès aux soins, aux traitements et au soutien pour le VIH, la dépendance à la drogue et d'autres problèmes de santé. Par conséquent, ces politiques sont contraires aux obligations des États en matière de droits humains et de pratiques exemplaires de santé

publique.<sup>25</sup> Par exemple, les personnes qui font usage de drogue sont des cibles faciles d'arrestation, dans l'application de lois sévères sur l'usage et la possession de drogue : lors d'une étude menée au Kazakhstan, 80 % des utilisateurs de drogue par injection interviewés par Human Rights Watch ont déclaré qu'ils avaient déjà purgé une peine d'emprisonnement; et plusieurs en étaient à leur quatrième ou cinquième peine pour possession de drogue ou vol qualifié.<sup>26</sup> Selon le même rapport, une fois arrêtées, les personnes détenues sont sujettes à l'extorsion, à des menaces et à la maltraitance physique; plusieurs sont poussées par des agents de police à acquiescer à de faux chefs d'accusation, par des techniques d'interrogation coercitives ou en échange de drogue.

Dans tous les pays examinés, les lois et politiques sur la drogue punissent sévèrement les utilisateurs de drogue.

Des cas de harcèlement et d'abus systémiques à l'endroit d'utilisateurs de drogue, et de torture de détenus par des autorités policières, ont été rapportés. À la lumière d'entrevues auprès d'utilisateurs de drogue au Kazakhstan, Human Rights Watch a fait état de cas d'arrestation arbitraire, de maltraitance verbale et physique, d'abus physique allant parfois jusqu'à la torture, d'extorsion, de fabrication

de preuves contre des personnes qui font usage de drogue ou des travailleuses et travailleurs sexuels, de rapports sexuels coercitifs et de confessions forcées.<sup>27</sup> Une fois incarcérés, plusieurs détenus dépendants d'opioïdes sont forcés à un sevrage brusque, ce qui peut nuire à leur capacité de faire des choix éclairés et accroître leur risque de succomber à des pressions policières.<sup>28</sup> De plus, les pratiques policières et la peur d'arrestation et de poursuite contribuent à des pratiques d'injection de drogue très risquées et découragent des personnes qui font usage de drogue de recourir à des services de réduction des méfaits, d'information sur le VIH et de traitement.<sup>29</sup>

Des autorités gouvernementales de la santé et des intervenants en réduction des méfaits craignent que le manque de compréhension des agents d'application de la loi, le manque de formation et d'éducation sur le VIH/sida parmi les forces policières et l'attitude fortement ancrée de répression à l'égard des utilisateurs de drogue contribuent à ce que des fournisseurs de services de réduction des méfaits soient la cible de discrimination et de harcèlement policiers. Par exemple, selon un dirigeant gouvernemental du Kazakhstan, les forces policières ont fait des usagers de sites d'échange de seringues une cible de surveillance et d'arrestation.<sup>30</sup> La même étude a signalé des cas d'intervenants qui ont été détenus pour avoir transporté des boîtes contenant des seringues vides; et, dans deux villes, des témoins ont déclaré que la police surveillait régulièrement les pharmacies afin d'identifier les clients qui achètent du matériel de désinfection ou des seringues.<sup>31</sup> Tout au long du projet, des groupes d'experts nationaux

ont évoqué la préoccupation que les pratiques politiques dissuadent des personnes qui font usage de drogue de demander des services de santé. Par exemple, dans plusieurs villes du Kazakhstan, on a noté que des personnes qui font usage de drogue sont réticentes à fréquenter des « lieux fiables » (établissements gouvernementaux qui fournissent des services comme l'échange de seringues), par peur d'être identifiées comme utilisateurs de drogue et ciblées encore plus par la police.

Les groupes d'experts nationaux des six pays ont aussi signalé que l'efficacité actuelle du traitement de la dépendance à la drogue est faible. La majorité des patients recommandent à utiliser des drogues dès la fin du traitement, pour lequel ils doivent souvent payer, même si la loi stipule qu'il devrait être gratuit.<sup>32</sup>

Les conditions d'incarcération sont difficiles et mettent la vie en danger. Les prisons sont généralement surpeuplées et insalubres; et la maladie, en particulier la propagation de la TB, y est un grave problème. Par exemple, au Tadjikistan, des dirigeants gouvernementaux ont signalé que 36 détenus sont décédés de la tuberculose ou de maladies liées au sida en 2007.<sup>33</sup> Selon les observations du Comité de l'ONU contre la torture (CCT), il y aurait dans ce pays des pratiques répandues de torture et de maltraitance par les autorités policières et les enquêteurs, en particulier pour obtenir des confessions en vue de poursuites criminelles.<sup>34</sup> On signale aussi des cas de détenus qui se verraient refuser ou entraver l'accès à un avocat, à des membres de leur famille ou à une expertise médicale indépendante. En Azerbaïdjan, Human Rights Watch a documenté des cas de torture, notamment par chocs électriques,

ruées de coups et menaces de viol, et d'autres incidents de torture dans des postes de police et des prisons du pays.<sup>35</sup> La corruption est répandue et les détenus doivent payer les gardiens de prison pour obtenir des privilèges, voire des soins de santé.<sup>36</sup>

### Enjeux de droit administratif et pénal

Dans chacun des six pays, le droit et son application sont d'une approche principalement punitive à l'égard des personnes qui font usage de drogue, et la réponse nationale à la drogue accorde un rôle prépondérant aux agences d'application de la loi plutôt qu'au secteur de la santé. Cette approche, qui tend à ignorer les méthodes fondées sur des données, en matière de prévention du VIH et de traitement ainsi que les normes internationales de traitement de la dépendance à la drogue, va souvent à l'encontre des intérêts de la santé publique.

Chaque pays impose des interdictions administratives et pénales relativement à la drogue. On observe des différences entre pays, dans la définition des petites ou grandes (ou même « très grandes ») quantités de drogue et dans les peines administratives et criminelles associées à celles-ci. Par exemple, au moment d'écrire ces lignes, l'Ouzbékistan et le Kazakhstan imposaient des limites plus strictes et des peines plus sévères, alors que le Tadjikistan adoptait une approche légèrement plus libérale.<sup>37</sup> Dans tous les cas, toutefois, les quantités dont la possession est illégale sont relativement petites, si l'on considère objectivement les habitudes de consommation des personnes ayant une dépendance à la drogue — et, dans certains cas, même des quantités minimales ont de lourdes conséquences juridiques.

La législation nationale des pays examinés établit généralement une distinction entre les personnes qui font usage de drogue et les personnes qui font le trafic de drogue, par les notions de possession « à des fins de vente » et « non pour vente ». L'Azerbaïdjan est le seul pays dont la loi mentionne explicitement la notion de possession « à des fins d'usage personnel ».<sup>38</sup> L'usage de drogue proprement dit est formellement interdit dans plusieurs pays, mais n'est pas toujours pénalisé (i.e., matière à peine spécifique en vertu du code administratif ou pénal).<sup>39</sup>

La réponse nationale à la drogue accorde un rôle prépondérant aux agences d'application de la loi plutôt qu'au secteur de la santé.

Des dispositions de test non volontaire de dépistage des drogues illicites par les autorités de l'application de la loi sont communes aux six pays. Dans plusieurs cas, la loi stipule qu'un simple soupçon d'usage de drogue suffit à ce que les autorités de l'application de la loi aient le pouvoir légal d'arrêter une personne et d'exiger un dépistage de drogue.<sup>40</sup> Dans certains cas, le fait d'éviter un examen médical, y compris un test de drogue et un traitement si des « données suffisantes » démontrent l'usage de drogue, constitue une infraction administrative.<sup>41</sup>

De plus, d'autres éléments du droit pénal ou administratif peuvent entraver la réponse efficace au VIH parmi des groupes vulnérables autres que les personnes qui font usage de drogue et les personnes incarcérées. Par exemple, l'Ouzbékistan et le Turkménistan criminalisent encore les rapports sexuels consensuels entre hommes.<sup>42</sup> Tous les pays examinés sauf le Kirghizistan maintiennent des dispositions qui imposent une responsabilité administrative et criminelle aux travailleuses et travailleurs sexuels. Les codes criminels des six pays contiennent des dispositions spécifiques à l'exposition au VIH ou à sa transmission. Ces approches sont contraires aux normes internationales des droits de la personne et/ou aux recommandations de politiques internationales.

### Lois relatives aux systèmes et services de soins de santé

Dans chaque pays examiné, les soins de santé sont garantis par l'État. En vertu de la loi, ils sont fournis gratuitement sur preuve du lieu de résidence permanente. Toutefois, dans les six pays, les personnes qui font usage de drogue ont un accès limité aux soins de santé et à la prévention du VIH. Les services de réduction des méfaits sont rares, marginalisés et non intégrés dans les lois et politiques gouvernementales.

De façon générale, dans les six pays, le traitement de la dépendance à la drogue est axé sur l'abstinence complète et consiste principalement en une désintoxication et en certaines interventions psychosociales non uniformisées; l'accès à d'autres méthodes et options de traitement recommandées par des organismes internationaux est limité, voire nul.

Selon des clients interviewés par des groupes d'experts nationaux, le système est peu efficace; et l'information colligée révèle qu'il n'est pas bien évalué de manière officielle. Bien que le traitement de substitution aux opioïdes (TSO) soit de plus en plus accessible dans le monde, il ne l'est pas encore dans deux des pays examinés (Tadjikistan et Turkménistan); un projet pilote a été annulé en Ouzbékistan en 2009; et la couverture du service est faible dans les trois autres pays (Azerbaïdjan, Kazakhstan et Kirghizistan).

Il existe une forme de traitement obligatoire de la dépendance à la drogue dans les six pays, à la fois dans la communauté et en prison. La loi prescrit généralement le traitement obligatoire des personnes ayant une dépendance à l'alcool ou à la drogue qui refusent de suivre un traitement « volontaire » et dont le comportement dérange l'ordre public ou menace le bien-être d'autrui. Dans tous les pays examinés, des centres de toxicomanie relevant du ministère de la Santé fournissent un traitement obligatoire aux personnes non contrevenantes ayant une dépendance à la drogue. Le Turkménistan a aussi un « camp de travail et de traitement » (*лечебно-трудовой профилакторий*) dirigé par le ministère de l'Intérieur.

Le traitement obligatoire de la dépendance à la drogue pour les non-contrevenants varie selon les pays. Au Tadjikistan, en Azerbaïdjan et au Kirghizistan, l'obligation de traitement est peu appliquée, ou pas du tout, dans la pratique; alors qu'au Kazakhstan, au Turkménistan et en Ouzbékistan, il est estimé que de 6 à 13 % des personnes qui suivent un traitement de la dépendance à la drogue le font par obligation, selon

l'ONUSC (ONUSC, 2009, données non publiées). Le traitement obligatoire de la dépendance à la drogue parmi les détenus est pratiqué dans tous les pays.<sup>43</sup>

Plusieurs politiques nationales sur le VIH, dans les pays examinés, sont désuètes et comportent des dispositions élargies et injustifiées sur le test obligatoire du VIH.

Dans tous les pays examinés, il est courant, dans les centres de toxicomanie, d'enregistrer les noms et d'autres informations concernant les personnes qui font usage de substances contrôlées et les personnes ayant une dépendance à la drogue. Les dispositions actuelles relatives à l'enregistrement dans les établissements médicaux ont de nombreuses conséquences néfastes, notamment celle d'exposer les personnes qui font usage de drogue à une discrimination légalisée, en ce qui a trait à l'emploi et/ou à l'éducation.

Plusieurs politiques nationales sur le VIH, dans les pays examinés, sont désuètes et comportent de des dispositions élargies sur le test obligatoire du VIH. Bien que des lois nationales sur le VIH ne réfèrent explicitement au test obligatoire du VIH que dans des circonstances limitées (p. ex., donneurs de sang, visiteurs de l'étranger), elles échouent généralement à interdire explicitement l'application

élargie du test involontaire. Ce sont souvent des directives, des ordres ou des instructions de ministères ou de départements qui élargissent les catégories de personnes sujettes à un test du VIH qui n'est pas entièrement volontaire. On note aussi de fréquentes violations de la confidentialité des personnes testées.

Les pays examinés devraient mettre à jour leur législation ou adopter de nouvelles lois et stratégies nationales sur le VIH et la drogue, afin que :

- leurs réponses aux problèmes de santé interreliés du VIH et de l'usage de drogue abordent la vulnérabilité particulière des personnes qui font usage de drogue et des personnes incarcérées, notamment en garantissant un accès facile à des services efficaces de prévention et de traitement de la dépendance à la drogue et de réduction des méfaits associés à l'usage de drogue;
- la société civile et les groupes vulnérables soient impliqués dans le développement, la mise en œuvre et l'évaluation de ces politiques et programmes nationaux sur le VIH et la drogue; et que
- les travailleurs de la santé et le personnel d'application de la loi aient une compréhension éclairée du VIH, de la dépendance à la drogue, de la réduction des méfaits et des droits humains, pour que le travail contribue à une réponse efficace.

En ce qui a trait aux fondements juridiques (1) du traitement de la dépendance à la drogue et (2) de la prévention et du traitement du VIH, avec un point de mire particulier sur les personnes qui font usage de dro-

gue, il est recommandé d'amender les lois, politiques, règlements, directives et protocoles nationaux afin d'assurer :

- la disponibilité et l'accessibilité universelles d'une variété d'options de traitement volontaire de la dépendance à la drogue, notamment l'accès facile au traitement de substitution aux opioïdes (TSO);
- l'application du traitement obligatoire de la dépendance à la drogue uniquement comme mesure de dernier recours et, le cas échéant, en conformité avec les principes de droits humains et avec les protocoles cliniques recommandés par l'Organisation mondiale de la santé;
- la confidentialité complète de l'identité et des renseignements médicaux des patients, et l'interdiction d'utiliser des renseignements tirés des dossiers médicaux de personnes qui font usage de drogue et/ou ont une dépendance à la drogue (i.e., des registres de toxicomanie) à des fins de divulgation, sans le consentement éclairé explicite et documenté des patients concernés.

Quant à la prévention et au traitement du VIH, les États devraient élaborer des lois, règlements et politiques qui :

- assurent l'accès universel au test du VIH, accompagné de counseling pré- et post-test de qualité, et entièrement volontaire, éclairé et strictement confidentiel (et commandant l'accès au test du VIH réellement anonyme au moins dans certaines circonstances);
- interdisent explicitement le test obligatoire du VIH (à l'exception du cas des donneurs de sang,

d'organes, de tissus ou d'autres substances corporelles);

- garantissent la confidentialité complète des renseignements médicaux, y compris des résultats de test du VIH, et assurent des moyens efficaces et accessibles de redressement juridique pour les personnes dont la confidentialité des renseignements médicaux a été violée;
- garantissent un accès facile à des soins liés au VIH, y compris le traitement antirétroviral (TAR), en particulier pour les personnes qui font usage de drogue et les personnes incarcérées vivant avec le VIH; et
- garantissent un accès facile à des services liés à la tuberculose (TB), pour les personnes ayant une dépendance à la drogue et les personnes vivant avec le VIH, notamment en intégrant les soins de santé liés à la TB et au VIH.

### Accès aux soins de santé en prison

Le nombre de personnes incarcérées était estimé à 135 000, dans les pays examinés, en 2008; une proportion significative d'entre elles purgeaient des peines pour des infractions liées à la drogue.<sup>44</sup> Dans certains pays examinés, l'usage de drogue en prison est reconnu par les autorités (p. ex., au Kirghizistan, au Kazakhstan et au Tadjikistan), mais il existe très peu de programmes en prison pour protéger les personnes qui s'injectent des drogues contre des maladies infectieuses et d'autres méfaits. De l'eau de Javel est fournie dans la plupart des pays, mais il semble que les détenus ne reçoivent pas d'information sur la méthode la plus efficace pour nettoyer le matériel d'injection (ou de tatouage) et n'ont pas la possibilité de

demander et d'utiliser cette mesure en toute confidentialité. Les agences pertinentes de l'ONU et d'autres experts conviennent d'ailleurs que la provision d'eau de Javel est une mesure sous-optimale et ne remplace pas l'accès à du matériel d'injection ou de tatouage stérile. En ce qui a trait aux services de réduction des méfaits autres que la provision d'eau de Javel, les politiques du Kirghizistan sont les plus avancées des six pays : le TSO et des programmes d'échange de seringues sont fournis dans ses prisons.

Selon certains rapports nationaux, les détenus doivent souvent payer pour se procurer des médicaments et des produits d'hygiène personnelle, et l'accès aux soins de santé spécialisés (traitement d'ITS, soins dentaires, etc.) est limité ou nul.

Dans tous les pays examinés, les personnes incarcérées sont sujettes à un traitement obligatoire de la dépendance à la drogue. Des cours ordonnent souvent le traitement obligatoire dans le cadre d'une peine, avec d'autres sanctions pénales — même si les traités internationaux sur le contrôle de la drogue permettent explicitement des *solutions de rechange* à la condamnation et à l'incarcération pour des infractions liées à la drogue, y compris la provision de services de traitement et de réadaptation, au lieu d'*ajouter* ces mesures à des sanctions pénales.<sup>45</sup> En vertu des lois nationales, le traitement volontaire de la dépendance à la drogue en prison est fourni dans pratiquement tous les pays examinés (à l'exception du Turkménistan). Toutefois, des experts nationaux ont constaté qu'en réalité, très peu de personnes incarcérées ayant besoin d'un traitement de la dépendance à la drogue s'y soumettent volontairement.

Dans tous les pays examinés, la loi permet la mise en liberté, pour des raisons humanitaires, de personnes atteintes de maladie terminale; généralement, cela est considéré comme une possibilité pour au moins certains patients vivant avec le sida, bien que le sida ne soit habituellement pas mentionné spécifiquement. On impose des restrictions spécifiques et discriminatoires aux détenus vivant avec le VIH et/ou n'ayant pas complété leur traitement obligatoire de la dépendance à la drogue, comme le refus de transfert vers un établissement à sécurité moindre.

**Il existe très peu de programmes en prison pour protéger les personnes qui s'injectent des drogues contre des maladies infectieuses.**

Afin de renforcer la riposte au VIH dans les prisons, les pays devraient adopter des normes et règlements qui :

- incluent la prévention et le traitement du VIH en prison, dans les stratégies et programmes nationaux, et assignent des sources de financement claires à ces mesures;
- assurent la disponibilité et l'accessibilité de services de soins de santé adéquats en prison;
- délèguent la santé carcérale aux autorités nationales de la santé

(plutôt qu'au ministère de la Justice ou de l'Intérieur), pour que les détenus aient accès aux mêmes mesures de protection et de promotion de la santé, et aux mêmes services de santé, que les membres de la communauté;

- régissent la provision d'information sur le VIH/sida et la formation des employés carcéraux et des détenus;
- assurent un accès facile et confidentiel à des désinfectants comme de l'eau de Javel et à du matériel d'injection et de tatouage stérile;
- introduisent un accès facile au traitement volontaire de la dépendance à la drogue (y compris le TSO) et limitent le recours au traitement obligatoire de la dépendance à la drogue, en prison;
- assurent l'accès au traitement antirétroviral (TAR) en prison;
- assurent l'accès au test du VIH volontaire et confidentiel, avec counselling et consentement éclairé, en prison; et
- assurent la contribution d'ONG à la prévention et aux soins pour le VIH en prison, et permettent à des détenus d'intervenir auprès de leurs pairs et de les éduquer au sujet du VIH.

### **Discrimination législative et autres restrictions des droits des personnes vivant avec le VIH ou vulnérables au VIH**

Les six pays examinés ont des dispositions anti-discrimination générales dans leur constitution et dans d'autres lois. Il n'existe pas de lois spécifiques interdisant la discrimination, mais certains actes discriminatoires à l'endroit de certains groupes sont

interdits, dans des lois concernant ces groupes. Des lois sur l'emploi comportent des dispositions anti-discrimination; et des lois sur la santé peuvent comporter de telles dispositions et/ou l'obligation des professionnels de la santé de fournir des soins médicaux à tous. Dans certains pays, la violation de telles dispositions anti-discrimination (ou d'égalité) est passible de peines prévues dans le *Code criminel*. De façon similaire, dans certains pays, la loi établit la possibilité de responsabilité criminelle pour le refus discriminatoire de services médicaux.

Malgré ces dispositions, la discrimination est souvent autorisée légalement dans des domaines comme l'emploi et l'éducation, la vie familiale et ailleurs. Plusieurs pays interdisent aux personnes vivant avec le VIH et aux personnes qui font usage de drogue d'occuper certains emplois ou postes. En cas d'infection à VIH, ces interdictions sont souvent accompagnées — et appliquées par le biais — d'un test obligatoire du VIH pour les personnes qui occupent certains emplois ou y postulent. Dans certains pays, les personnes qui s'inscrivent à une formation professionnelle ou à un établissement d'éducation supérieure sont tenues de présenter un certificat médical, qui inclut divers éléments (comme le fait de ne pas être inscrit au registre des personnes qui font usage de drogue ou ont une dépendance à la drogue ou à l'alcool, et dans certains cas l'état sérologique au VIH). Dans les pays où le test du VIH est requis pour s'inscrire à certains types d'établissements éducatifs comme un collège militaire, cette disposition porte atteinte au droit à l'éducation.

Plusieurs des pays examinés expulsent les non-citoyens vivant

avec le VIH. Cette pratique est parfois associée au test obligatoire du VIH pour les étrangers et les apatrides — et appliquée par celui-ci. Il existe aussi des restrictions au droit de fonder une famille, notamment dans le cadre de résolutions gouvernementales énumérant des maladies excluant automatiquement l'admissibilité à l'adoption d'enfants (comme le VIH et la dépendance à la drogue).

**Plusieurs pays interdisent aux personnes vivant avec le VIH et aux personnes qui font usage de drogue d'occuper certains emplois ou postes.**

Afin de contrer cette discrimination enchâssée dans la loi, il est essentiel de voir à l'élaboration de dispositions qui renforceront les protections juridiques existantes contre la discrimination liée au VIH, là où il y a des lacunes; d'introduire une protection juridique contre la discrimination fondée sur la dépendance à la drogue; de reconnaître l'infection à VIH et la dépendance à la drogue comme des handicaps, du moins à certaines fins juridiques (p. ex., protection contre la discrimination fondée sur le handicap); et d'abolir la restriction ou le déni injustifié des droits des personnes qui font usage de drogue et des personnes vivant avec le VIH, comme la discrimination dans l'emploi, l'éducation, les

politiques d'immigration et les relations familiales.

## Conclusion

Les six pays examinés ont des points en commun, en ce qui a trait à la réalisation de l'accès universel à la prévention et au traitement du VIH. Tous ont des lois nationales qui entravent la mise en œuvre d'approches fondées sur des données pour prévenir et traiter le VIH parmi des groupes vulnérables comme les détenus et les personnes qui font usage de drogue. Les attitudes et politiques actuelles contribuent parfois à compliquer les interactions entre les services de prévention du VIH et les instances d'application de la loi. En général, les principaux enjeux identifiés par les experts nationaux et internationaux appartiennent aux grandes catégories suivantes :

- politiques répressives à l'endroit des personnes qui font usage de drogue, y compris leur incarcération (parfois pour la possession de très petites quantités de drogue) et peu ou aucune solution de rechange à l'incarcération, dans le cas d'infractions non violentes;
- limites aux droits des personnes vivant avec le VIH, des personnes qui font usage de drogue et des détenus vivant avec le VIH et/ou ayant une dépendance à la drogue, et aucune disposition anti-discrimination applicable;
- dispositions élargies prévoyant des interventions médicales non volontaires comme le dépistage de drogue forcé, le traitement obligatoire de la dépendance à la drogue et le test obligatoire du VIH;
- absence de cadres réglementaires qui permettent et appuient

clairement des interventions de prévention du VIH fondées sur des données, comme des services de réduction des méfaits, ce qui résulte en un piètre accès à des interventions efficaces de prévention et de traitement du VIH pour les personnes qui font usage de drogue et les personnes incarcérées;

- disponibilité insuffisante de services efficaces de traitement de la dépendance à la drogue, en particulier de traitement de substitution aux opioïdes (i.e., absence de TSO dans certains pays; programmes pilotes à faible capacité par ailleurs), et programmes limités ou inexistant, pour la réadaptation et la prévention des surdoses dans les communautés et les prisons; et
- participation limitée ou peu significative de la société civile, notamment de personnes vivant avec le VIH, de personnes qui font usage de drogue et de détenus, au développement, à la mise en œuvre et à l'évaluation de l'efficacité des stratégies et lois nationales sur le VIH et la drogue.

Les responsables des politiques et les législateurs nationaux devraient réviser les lois et politiques régissant l'accessibilité des soins de santé en général, et des services liés au VIH en particulier — y compris celles régissant le traitement de la dépendance à la drogue et l'accès aux soins de santé en milieu carcéral —, et les rendre conformes aux pratiques exemplaires fondées sur des données et aux principes des droits humains. Des modifications devraient être apportées aux lois sur les soins de santé (confidentialité, consentement éclairé aux procédures et traitements

médicaux, limites aux mesures médicales coercitives); aux lois sur le VIH (test du VIH, abrogation des pratiques discriminatoires), la protection sociale et la famille (handicap, garde et adoption d'enfants, déni des droits parentaux); et aux lois administratives et pénales (dispositions sur l'usage de drogue/possession pour usage personnel, solutions de rechange à l'incarcération, traitement obligatoire de la dépendance à la drogue).

Ces réformes devraient aussi s'appliquer aux programmes nationaux sur le VIH, la tuberculose, le contrôle de la drogue et la justice/réforme pénales. Leur bon fonctionnement nécessitera d'aligner les règlements et les pratiques d'application sur les lois amendées. Cela permettra l'introduction et le peaufinement de protocoles et de normes de services ainsi que l'amélioration de la reddition de comptes, de l'éducation et de la formation professionnelle. Ces réformes contribueront à protéger les personnes vivant avec le VIH, les personnes qui font usage de drogue et les détenus contre des violations de leurs droits, y compris la discrimination et le châtement au motif d'un état de santé, tout en permettant l'accès universel à des interventions de santé fondées sur des données. Elles rendront les lois et les normes nationales conformes aux obligations des États de respecter, de protéger et de réaliser les droits humains de ces populations, y compris leur droit à la santé — et seront ainsi bénéfiques à la santé publique et au bien-être de toute la société.

<sup>1</sup> *Central Asia: Kyrgyz Republic, Tajikistan and Uzbekistan — Regional Study on Drug Use and HIV/AIDS, Regional Summary* (ONUUDC et Banque mondiale, 2007), p. 16.

<sup>2</sup> ONUUDC (Regional Office for Central Asia), *Compendium of Drug-related Statistics 1997-2008* (juin 2008), p. 32.

<sup>3</sup> *Vers un accès universel* (2008), p. 36-38.

<sup>4</sup> *Ibid.*, p. 63.

<sup>5</sup> Voir détails supplémentaires dans D. Barrett et coll., *Recalibrating the Regime: The Need for a Human Rights-Based Approach to International Drug Policy* (Londres, The Beckley Foundation Drug Policy Programme, 2008).

<sup>6</sup> *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*, Assemblée générale de l'ONU, 993 UNTS 3 (1966) (entré en vigueur le 3 janvier 1976), art. 12; Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CESCR), *Observation générale No 14 (2000) — Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint*, Document de l'ONU E/C.12/2000/4 (2000).

<sup>7</sup> *Pacte international relatif aux droits civils et politiques*, Assemblée générale de l'ONU, 999 UNTS 171 (1966) (entré en vigueur le 3 janvier 1976), art. 6, 17, 19 et 22.

<sup>8</sup> PNUD, *Central Asia Human Development Report — « Bringing down barriers: Regional cooperation for human development and human security »*, *Central Asia Human Development Report* (2005), p. 122 [ci-après « *Central Asia Human Development Report 2005* »].

<sup>9</sup> *Central Asia: Kyrgyz Republic, Tajikistan and Uzbekistan — Regional Study on Drug Use and HIV/AIDS, Regional Summary* (ONUUDC et Banque mondiale, 2007), p. 52.

<sup>10</sup> *Ibid.*

<sup>11</sup> PNUD, *Reversing the Epidemic: HIV/AIDS in Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States* (UNDP Regional Office for Eastern Europe et CIS, 2004), p. 11 [ci-après, « *Reversing the Epidemic* »].

<sup>12</sup> *Central Asia Human Development Report 2005*, p. 146.

<sup>13</sup> *Ibid.*

<sup>14</sup> ONUSIDA, *Europe orientale et Asie centrale : Le point sur l'épidémie de sida — Résumés par région* (2007).

<sup>15</sup> *Central Asia Human Development Report 2005*, p. 123.

<sup>16</sup> *Ibid.*

<sup>17</sup> Voir, p. ex., PNUD, *Reversing the Epidemic* (2004), supra; Human Rights Watch, *Fanning the Flames: How Human Rights Abuses are Fuelling the AIDS Epidemic in Kazakhstan* (2003).

<sup>18</sup> Voir L. Utyasheva, « Un premier précédent juridique au Kirghizstan : bris de confidentialité médicale », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 2007; 12(2/3) : 78; accessible via [www.aidslaw.ca/revue](http://www.aidslaw.ca/revue).

<sup>19</sup> Voir par exemple A. Latypov et coll., *Opioid Substitution Therapy in Central Asia: Towards Diverse and Effective Treatment Options for Drug Dependence* (Eurasian Harm Reduction Network, 2010).

<sup>20</sup> D. Wolfe, *Pointing the Way: Harm Reduction in Kyrgyz Republic* (Harm Reduction Association of Kyrgyzstan, 2005).

<sup>21</sup> On estime qu'un tiers des personnes incarcérées au Tadjikistan se sont déjà injecté des drogues; et, selon le groupe d'experts national, un tiers purgeaient une peine pour des infractions liées à la drogue, au moment de l'examen en 2007. En Ouzbékistan, 21,4 % des personnes incarcérées l'étaient pour des infractions liées à la drogue.

<sup>22</sup> Wolfe, *Pointing the Way*, supra, p. 9; R. Lines et coll., *L'échange de seringues en prison : leçons d'un examen complet des données et expériences internationales* (2<sup>e</sup> éd.),

(Toronto, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2006), p. 41 ff, accessible via [www.aidslaw.ca/lesprisons](http://www.aidslaw.ca/lesprisons); R. Jürgens, *Interventions to address HIV in prisons: needle and syringe programmes and decontamination strategies*, Evidence for Action Technical Papers (Genève, OMS, ONUDC et ONUSIDA, 2007).

<sup>23</sup> Jürgens, *Interventions to address HIV in prisons*, supra, p. 19-20.

<sup>24</sup> UNDP Tadjikistan, « Needle and syringe exchange programmes for penitentiary facilities have started in Tadjikistan », *UNDP Bulletin: Saving Lives*, numéro 11 (février 2010).

<sup>25</sup> Pour d'autres discussions, voir J. Csete et J. Cohen, « Lethal Violation: Human Rights Abuses Faced by Injection Drug Users in the Era of HIV/AIDS », dans Malinowska-Sempruch et Gallagher, *War on Drugs, HIV/AIDS and Human Rights*, supra, p. 212-227; R. Elliott et coll., « Harm Reduction, HIV/AIDS, and the Human Rights Challenge to Global Drug Control », *Health and Human Rights* 2005; 8(2) : 104-138; et *At What Cost? HIV and Human Rights Consequences of the Global "War on Drugs"* (New York, Open Society Institute, 2009).

<sup>26</sup> Human Rights Watch, *Fanning the Flames*, supra, p. 21.

<sup>27</sup> Ibid.

<sup>28</sup> R.D. Bruce et R. Schleifer, « Ethical and human rights imperatives to ensure medication-assisted treatment for opioid dependence in prisons and pre-trial detention », *International Journal of Drug Policy* 2008; 19(2) : 17-23.

<sup>29</sup> Human Rights Watch, *Fanning the Flames*, supra, p. 18; voir aussi J. Csete, *Interdiction d'accès : les pratiques policières et le risque de VIH pour les personnes qui utilisent des drogues* (Toronto, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2007); accessible via [www.aidslaw.ca/drogues](http://www.aidslaw.ca/drogues).

<sup>30</sup> Human Rights Watch, *Fanning the Flames*, p. 32-33.

<sup>31</sup> Ibid, p. 33.

<sup>32</sup> M. Khidirov et M. An, dans K. Malinowska-Sempruch, Sarah Gallagher (éds.), *War on Drugs, HIV/AIDS and Human Rights* (édition russe) (IDEA, 2004), p. 190.

<sup>33</sup> U.S. Department of State (Bureau of Democracy, Human Rights, and Labour), *Country Reports on Human Rights Practices 2007: Tadjikistan* (11 mars 2008); accessible à [www.state.gov/g/drl/rls/hrrpt/2007/100621.htm](http://www.state.gov/g/drl/rls/hrrpt/2007/100621.htm).

<sup>34</sup> Comité de l'ONU contre la torture, *Tadjikistan: Conclusions and recommendations of the Committee against Torture*, 37<sup>e</sup> session, 6-24 novembre 2006.

<sup>35</sup> Human Rights Watch, *Briefing Paper: Azerbaijan and the European Neighbourhood Policy* (15 juin 2005); accessible via <http://hrw.org/backgrounder/eca/azerbaijan0605>.

<sup>36</sup> Ibid.

<sup>37</sup> Par exemple, en Ouzbékistan, toute quantité d'héroïne est considérée comme « importante »; et l'approche du Kazakhstan est pratiquement la même, définissant toute quantité d'héroïne supérieure à 0,01 gramme comme étant « importante ».

<sup>38</sup> Dans d'autres pays, la loi sur la drogue n'inclut pas la notion de possession « pour un usage personnel » ou la possession permise d'une quantité représentant une « dose unique moyenne ».

<sup>39</sup> En Azerbaïdjan, la loi prévoit une responsabilité administrative pour l'usage de drogue. Au Tadjikistan et au Turkménistan, l'usage de drogue sans l'ordonnance d'un médecin est interdite en vertu des lois sur la drogue, mais aucune peine n'est définie dans les codes administratif et criminel. Au Kazakhstan et au Kirghizistan, l'usage de drogue dans des lieux publics est passible de sanctions administratives; et au Kazakhstan, la possession d'une quantité négligeable de stupéfiant est passible d'accusations criminelles. L'Ouzbékistan ne prévoit pas

de responsabilité administrative ni criminelle pour l'usage de drogue; et sa loi sur la drogue ne fait pas état d'une interdiction à ce chapitre.

<sup>40</sup> Par exemple, l'article 16 de la « *Law On narcotic drugs, psychotropic substances and precursors* » et l'article 18 de la « *Law On Narcological assistance* » du Tadjikistan; l'article 25 de la « *Law On circulation of narcotic substances, psychotropic drugs and precursors* » de l'Azerbaïdjan; les articles 50-51 de la « *Law On narcotics, psychotropic substances, precursors and measures to counter their illegal circulation* » du Turkménistan.

<sup>41</sup> Par exemple, l'article 326 du *Code of Administrative Offences* du Kazakhstan; Resolution of the Cabinet of Ministers of Azerbaijan, No. 135 (7 août 2000).

<sup>42</sup> L'article 120 du *Code criminel* de l'Ouzbékistan; l'article 135 du *Code criminel* du Turkménistan.

<sup>43</sup> Des dispositions sur le traitement obligatoire de la toxicomanie sont incluses dans des lois spécifiques sur le traitement obligatoire (p. ex., dans le cas du Tadjikistan, du Turkménistan et de l'Ouzbékistan), dans des sections spéciales du *Code criminel* régissant le traitement de la dépendance à la drogue en prison; et dans des lois nationales sur la drogue.

<sup>44</sup> On estime que le tiers des personnes incarcérées au Tadjikistan ont déjà utilisé des drogues par injection et, selon le groupe d'experts nationaux, le tiers d'elles purgeaient des peines pour des infractions liées à la drogue, au moment de l'examen en 2007. En Ouzbékistan, 21,4 % des personnes incarcérées l'étaient pour des infractions liées à la drogue.

<sup>45</sup> *Convention unique sur les stupéfiants*, 1961, UN, 520 UNTS 331, telle que modifiée par le Protocole de 1972, art. 36(2); *Convention sur les substances psychotropes*, 1971, UN, 1019 UNTS 175, art. 22; *Convention contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes*, 1988, art 3(4).



# 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 Alison Symington ([asymington@aidslaw.ca](mailto:asymington@aidslaw.ca)), analyste principale des politiques au Réseau juridique canadien VIH/sida et rédactrice en chef de la présente section. Sauf indication contraire, les articles de la section dans le présent numéro ont été rédigés par Cécile Kazatchkine, analyste des politiques au Réseau juridique.

## Vers la mise en place de sites d'injection supervisée au Québec

**Grâce à la mobilisation des organismes communautaires Cactus et Point de repères, deux sites d'injection supervisée pourraient voir le jour dans les villes de Québec et Montréal.**

Au mois de novembre 2010, l'organisme Cactus a annoncé l'ouverture d'un site d'injection supervisée (SIS)

à Montréal en juin 2011.<sup>1</sup> Jusqu'à 30 000 personnes utiliseraient de la drogue par injection au Québec

dont 15 000 vivraient à Montréal.<sup>2</sup> Selon le Président de Cactus, Louis Letellier de St-Just, plus de 40 pour

cent des usagers s'injectent de la drogue dans la rue et beaucoup sont réticents à faire appel aux services de santé.<sup>3</sup>

En conséquence, 68 pour cent des usagers de drogues par injection à Montréal souffrent de l'hépatite C et 19 pour cent ont le VIH.<sup>4</sup> Cactus, qui distribue des seringues stériles depuis 1989, souhaite donc aller plus loin en mettant en place un espace de consommation sécurisé où les usagers pourraient aussi bénéficier de mesures de prévention en santé.<sup>5</sup>

Le Canada ne compte à ce jour qu'un seul SIS qui se situe à Vancouver. De nombreuses études ont démontré l'efficacité des SIS, au Canada comme à l'étranger, dans la lutte contre les overdoses, la réduction des nuisances publiques, la réduction des risques liés à l'usage de drogues par injection, la stabilisation de la santé des usagers de drogues et l'accès aux traitements de la toxicomanie.<sup>6</sup>

Pourtant, le site de Vancouver, Insite, fait l'objet depuis quelques années d'une bataille judiciaire opposant le gouvernement fédéral qui souhaite que le site soit fermé et les organismes communautaires qui soutiennent les usagers de drogues. L'affaire est aujourd'hui devant la Cour suprême du Canada. L'organisation Cactus est membre d'une coalition d'experts en réduction

des méfaits qui s'est vue accorder le statut d'intervenant dans cette affaire.<sup>7</sup>

Malgré ce contexte judiciaire, Cactus a décidé de ne pas attendre plus longtemps pour ouvrir un SIS à Montréal car la santé des usagers de drogues par injection nécessite une réponse immédiate. En outre, l'organisme s'appuie sur un avis de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), publié en 2009, qui recommande la mise en place de SIS au Québec. Selon l'INSPQ, les SIS constituent des réponses pragmatiques, humanistes et innovatrices face à certains problèmes que ni les approches traditionnelles (ex : prohibition, traitement), ni les services actuels de réductions des méfaits n'ont su résoudre.<sup>8</sup>

Bien que le ministre de la Santé québécois, Yves Bolduc, ne soutienne pas cette initiative, un autre organisme communautaire entend lui aussi suivre les recommandations de l'INSPQ.<sup>9</sup> Il s'agit de l'organisme Point de repères qui a également annoncé l'ouverture en juin prochain d'un SIS dans la ville de Québec.<sup>10</sup> Une consultation publique sera organisée au printemps par le conseil de quartier de Saint-Roch à Québec où l'installation du site est aujourd'hui envisagée. L'objectif de cette consultation est d'informer les citoyens sur le projet et recueillir leur opinion afin

de permettre au conseil de quartier de se faire un avis sur la pertinence de l'ouverture d'un SIS à St-Roch.<sup>11</sup>

— Cécile Kazatchkine

<sup>1</sup> « L'organisme Cactus annonce l'ouverture en juin d'un site d'injection supervisée », *Presse canadienne*, 29 novembre 2010.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Ibid.

<sup>4</sup> M. White, « Community groups want to open safe-injection sites in Quebec », *Postmedia News*, 30 novembre 2010.

<sup>5</sup> « L'organisme Cactus annonce l'ouverture en juin d'un site d'injection supervisée » (supra).

<sup>6</sup> Voir notamment les conclusions de l'Institut national de santé publique du Québec dans son *Avis sur la pertinence des services d'injection supervisée : une analyse critique de la littérature*, (décembre 2009) et une récente étude publiée dans le *Journal de l'AMC* : K. Dooling et M. Rachlis, « Vancouver's supervised injection facility challenges Canada's drug laws », *CMAJ*, 182(13) (2010) : p. 1440-4.

<sup>7</sup> La coalition comprend la International Harm Reduction Association (IHRA), le Réseau juridique canadien VIH/sida et CACTUS Montréal. Voir le Réseau juridique canadien VIH/sida et al., « Une coalition internationale interviendra pour sauver le lieu d'injection supervisée de Vancouver », 17 février 2011. En ligne : <http://aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=1819>.

<sup>8</sup> C. Kazatchkine, « L'Institut national de santé publique du Québec se dit en faveur de services d'injection supervisée », *Revue VIH/sida, droit et politiques*, 14(3) (2010) : pp. 24-25.

<sup>9</sup> L.-M. Rioux Soucy « Québec et Montréal lanceront leur site d'injection supervisé, avec ou sans Bolduc », *Le Devoir*, 30 novembre 2010, en ligne : [www.ledevoir.com](http://www.ledevoir.com).

<sup>10</sup> Ibid.

<sup>11</sup> M. Boivin, « Centre d'injection supervisée : la santé publique appuie Point de Repères », *Le Soleil*, 13 novembre 2010; « Centre d'injection spécialisé : vers une consultation publique à St-Roch », *Le Soleil*, 28 janvier 2011.

# L'enquêteur correctionnel décrit les répercussions néfastes de la « ligne dure » du fédéral contre le crime

**Le rapport annuel 2009-2010 de l'enquêteur correctionnel (ombudsman pour les détenus de ressort fédéral), paru en novembre 2010, présente un sombre portrait – prisons trop pleines, manque de programmes de réhabilitation, population de plus en plus confrontée à la maladie mentale, détenus toxicomanes ayant besoin de services.<sup>1</sup>**

L'enquêteur, Howard Sapers, signale que l'activité législative a été « inhabituellement intense » dans le domaine du droit pénal et de la réforme de la détermination de la peine; et que « les effets cumulatifs des lois récentes et des initiatives en suspens seront importants sur le taux d'admission, le coût ainsi que la durée et la répartition des personnes incarcérées au pays. Comme les programmes législatifs et d'élaboration des politiques ont un effet global et total, il y aura presque certainement des effets disproportionnés sur les populations les plus affligées et les plus vulnérables du Canada ».<sup>2</sup>

M. Sapers s'inquiète plus particulièrement du fait que les principes sous-jacents, qui orientent les pratiques et les opérations correctionnelles depuis l'entrée en vigueur de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* (1992) – précisément la notion de « mesures les moins restrictives possible », la reconnaissance que les détenus conservent réellement des droits, et l'idée selon laquelle les autorités correctionnelles ont le devoir d'agir équitablement ou que la mise en liberté sous condition surveillée et graduelle est beaucoup plus sûre que la libération à la date d'expiration du

mandat – « ne semblent plus avoir la même actualité qu'avant ».<sup>3</sup>

En ce qui a trait aux maladies infectieuses, il souligne dans son rapport que les taux de VIH parmi les détenus sont entre sept et dix fois plus élevés que dans la population générale, et que la prévalence de l'hépatite C en prison est entre 30 et 40 fois plus élevée que dans la collectivité.<sup>4</sup> En rappelant que la gamme de mesures de réduction des méfaits en prison est limitée aux condoms, aux digues dentaires et à l'eau de Javel, il met en relief la nécessité d'améliorations à la gamme de services disponibles et à la manière de les fournir.

« Refuser aux détenus l'accès aux mêmes mesures de réduction des méfaits offertes dans la collectivité, qui ne présentent pas un risque impossible à gérer pour la sécurité, soulève des préoccupations en matière de droits de la personne », affirme l'enquêteur.<sup>5</sup>

Il souligne que « [l]a littérature scientifique et médicale sur les programmes d'aiguilles et de seringues en établissement carcéral donne à penser que ces initiatives réduisent les comportements à risque et la propagation des maladies infectieuses transmissibles par le sang qui découle

du partage des aiguilles, n'accroissent pas la consommation ni l'injection de drogues et ne mettent pas en danger la sécurité et la protection du personnel ni de l'établissement. » De plus, il signale que l'initiative de tatouage sécuritaire, annulée en décembre 2006, avait reçu une évaluation en grande partie positive.<sup>6</sup> Il recommande par conséquent que l'« éventail complet de mesures de réduction des méfaits soient mises à la disposition des détenus fédéraux ».<sup>7</sup>

Outre l'expansion de la réduction des méfaits, le rapport avance 24 recommandations; notamment :

- Améliorer le recrutement de professionnels de la santé mentale, pour travailler dans les prisons.
- Interdire la ségrégation prolongée de détenus à risque de suicide ou d'automutilation.
- Examiner tous les cas de libération d'établissements à sécurité moyenne directement dans la collectivité, et déterminer pour quelles raisons on ne logeait pas ces individus dans un établissement à sécurité minimale avant leur mise en liberté.
- Rendre public le plan à long terme en matière d'immobilisations, d'installation et d'exploitation,

y compris les prévisions de la population carcérale, les dépenses en capital prévues pour les nouvelles constructions et les coûts d'entretien permanent.

- Examiner tous les cas de détenus placés dans des unités de ségrégation, afin de s'assurer qu'ils ont

les mêmes protections légales et le même accès aux programmes que le reste de la population carcérale.

- Revoir les limitations relatives à l'admissibilité au programme mère-enfant, en vue de favoriser au maximum une participation sûre.

<sup>1</sup> Enquêteur correctionnel du Canada, *Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionnel 2009-2010*, 2010. Accessible via [www.oci-bec.gc.ca](http://www.oci-bec.gc.ca).

<sup>2</sup> Ibid., p. 4.

<sup>3</sup> Ibid., p. 5.

<sup>4</sup> Ibid., p. 25.

<sup>5</sup> Ibid., p. 26.

<sup>6</sup> Ibid., p. 27.

<sup>7</sup> Ibid., p. 27.

## En bref

### La Police d'Ottawa modifie sa politique sur la publication de photos de suspects dans des affaires de non-dévoilement de la séropositivité

Dans le sillage d'une controverse à propos d'un communiqué de presse diffusé en mai 2010, le Service de police d'Ottawa a annoncé une modification de sa politique relative à la diffusion de renseignements personnels et de photographies de personnes accusées de ne pas avoir dévoilé leur séropositivité au VIH à des partenaires sexuels. Dans de futures affaires de non-dévoilement, la décision de publier ou non des renseignements personnels et des photographies de l'accusé sera prise par le chef de police.<sup>1</sup> L'information pourrait inclure le nom du suspect, sa photo et sa date de naissance. Dans certains cas, la police pourrait consulter Santé publique Ottawa ou d'autres dépositaires d'enjeux dans la communauté.<sup>2</sup>

En juillet 2010, la Commission de services policiers d'Ottawa avait affirmé qu'elle ne réviserait pas la

politique sur les décisions en matière de publication de renseignements à propos de suspects.<sup>3</sup> Des représentants de la communauté LGBT d'Ottawa avaient déposé une pétition demandant à la Commission une telle révision et l'élaboration de lignes directrices sur le traitement d'affaires de non-dévoilement de la séropositivité au VIH.<sup>4</sup>

Confier la décision finale au chef de police n'entraîne pas forcément qu'il y ait quelque différence dans la pratique future. En effet, le chef de police Vern White aurait affirmé, au début de 2011, que dans des circonstances semblables à celles de l'affaire qui a déclenché ce débat, il ordonnerait la diffusion du nom et de la photo du suspect.<sup>5</sup>

### Expansion de prisons en vue d'une hausse de la population carcérale

Par une série de mesures annoncées, le Gouvernement du Canada a révélé qu'afin d'incarcérer un nombre

croissant de personnes au cours des prochaines années, il agrandira des prisons existantes. Le Service correctionnel du Canada (SCC) prévoit une augmentation de 3 400 personnes, nécessitant 2 700 nouvelles cellules.<sup>6</sup> La majeure partie de cette augmentation résultera de la *Loi sur l'adéquation de la peine et du crime*, entrée en vigueur en février 2010, qui a mis un terme à la pratique de compter en double le temps passé en détention provisoire.

D'autres lois proposées, imposant des peines minimales obligatoires, éliminant les condamnations avec sursis pour certains types d'infractions, et mettant fin à la libération conditionnelle anticipée, pourraient aussi faire en sorte que plus de gens soient incarcérés et le demeurent plus longtemps.<sup>7</sup>

Le coût précis de l'expansion nécessaire de la capacité carcérale est litigieux. Le ministre de la Sécurité publique a indiqué que le coût projeté de la *Loi sur l'adéquation de la peine et du crime* s'élève à 2 milliards \$ sur cinq ans.<sup>8</sup> On a rapporté que le directeur parlementaire du budget,

Kevin Page, a estimé que l'augmentation du nombre de détenus sera de 4 200, et coûtera 1,8 milliard \$ en construction et un autre 3 milliards \$ par année pour les opérations et l'entretien.<sup>9</sup> Il a avancé en outre que d'ici à 2015-2016, les dépenses annuelles pour les prisons auront augmenté à 9,3 milliards \$, du montant actuel de 4,3 milliards \$.<sup>10</sup>

D'après l'analyse faite par CBC News des données du SCC, les dépenses en actifs (comme de nouvelles cellules) augmentent deux fois plus rapidement que les dépenses pour des programmes à l'intention des détenus.<sup>11</sup>

## Appui de trois villes canadiennes à la Déclaration de Vienne

Nous en avons fait état dans le numéro précédent de la *Revue VIH/sida, droit et politiques*,<sup>12</sup> la Déclaration de Vienne, publiée lors du XVIII<sup>e</sup> Congrès international sur le sida, en juillet 2010, appelle les autorités à prendre en considération les données scientifiques pour réviser les politiques en matière de drogues illicites, dans l'objectif d'améliorer la santé et la sécurité des collectivités.<sup>13</sup>

En 2010, trois villes canadiennes ont endossé le document, s'ajoutant au bassin de plus de 19 500 scientifiques, chercheurs, professionnels du droit, membres des forces de l'ordre et de l'appareil judiciaire, chefs d'État actuels et retraités, de même qu'une panoplie d'universitaires, d'organismes et d'individus des quatre coins du monde<sup>14</sup> qui ont inscrit leur nom sur la liste de signataires.

Toronto fut la première municipalité canadienne à appuyer la

Déclaration, à l'issue du vote de son conseil municipal le 26 août 2010. Le mois suivant, le conseil municipal de la ville de Victoria lui a emboîté le pas. Puis, en novembre, la ville de Vancouver a elle aussi adopté la Déclaration.

La Déclaration de Vienne a été élaborée par un comité international d'experts en matière de VIH/sida et de politiques sur la drogue, des quatre coins du monde. Il y est affirmé que les politiques prohibitionnistes ont échoué à éradiquer l'usage néfaste de drogue et qu'elles ont catalysé des épidémies de VIH.

## La Colombie-Britannique adopte un modèle d'« offre systématique » du test du VIH

En décembre 2010, des lignes directrices révisées en matière de test du VIH ont été annoncées aux fournisseurs de services de santé et aux membres de la communauté, en Colombie-Britannique, dans le cadre du projet STOP HIV/AIDS (*Seek and Treat for Optimal Prevention of HIV/AIDS*).

Les nouvelles lignes directrices incitent les professionnels des soins de santé à offrir le test du VIH de manière systématique aux personnes qui se présentent aux urgences ou aux soins communautaires et qui correspondent à l'un ou l'autre des critères suivants : être actif sexuellement et n'avoir pas passé de test du VIH depuis un an; avoir déjà eu une infection transmissible sexuellement (ITS); passer un test pour l'hépatite C, toute ITS ou la tuberculose, ou être diagnostiqué d'une de ces infections. Ces critères additionnels

complètent les lignes directrices recommandant que le test du VIH soit offert lorsque sont présents des symptômes d'infection à VIH et que le fournisseur de soins sait qu'un patient présente des facteurs de risque pour le VIH.<sup>15</sup>

La D<sup>re</sup> Patricia Daly, de la Vancouver Coastal Health (VCH), a affirmé dans les médias que le fait d'offrir le test du VIH à des gens qui ne font pas partie de groupes à risque élevé contribuerait à atténuer la stigmatisation, à identifier des personnes qui ne sont pas au courant de leur infection à VIH et à amorcer de manière plus précoce le traitement de celles-ci, réduisant ainsi le risque de propagation à d'autres.<sup>16</sup> La VCH estime que 25 % des quelque 13 000 personnes vivant avec le VIH en Colombie-Britannique ne sont pas au courant de leur infection.<sup>17</sup>

STOP HIV/AIDS est un projet de quatre ans, financé au coût de 48 millions \$ par le ministère des Services de santé de la C.-B., dans le but d'améliorer l'accès au test du VIH, au traitement ainsi qu'à des services de soutien, dans le Downtown Eastside de Vancouver et dans la ville de Prince George.<sup>18</sup>

## L'Agence de la santé publique du Canada dévoile un rapport sur la situation du VIH dans la population autochtone

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a publié un rapport populationnel sur la situation du VIH/sida parmi les Autochtones — deuxième d'une série de huit résumés des données actuelles sur l'épidémie dans des populations clés, au Canada.<sup>19</sup>

Le rapport le décrit en détail, les Autochtones sont surreprésentés parmi les cas déclarés de VIH et de sida au Canada. On estime qu'ils représentent 8 % du nombre de personnes vivant avec le VIH au Canada (données de 2008), mais seulement 3,8 % de la population du pays (données de 2006).<sup>20</sup> Par ailleurs, les infections par le VIH parmi les Autochtones sont diagnostiquées en plus bas âge et affectent en plus grande proportion les femmes, que dans la population non autochtone. L'injection de drogue arrive au premier rang des catégories d'exposition au VIH pour les Autochtones, hommes et femmes.<sup>21</sup>

Le rapport aborde divers facteurs pertinents à la résilience et à la vulnérabilité au VIH parmi les Autochtones; notamment, la culture, le milieu social et les réseaux de soutien; le revenu, l'éducation et l'emploi; le milieu physique; les pratiques personnelles de santé et les compétences d'adaptation; le développement infantile; les services de santé; le genre sexuel; et l'héritage des pensionnats.<sup>22</sup> Par exemple, on y signale que les approches à la prévention doivent être adaptées aux réalités historiques, culturelles, spirituelles et linguistiques des peuples autochtones ainsi qu'à leurs besoins; de plus, on affirme que le rétablissement des liens culturels pourrait s'avérer une source importante de force et de résilience, pour les Autochtones vivant avec le VIH/sida (AVVIH/sida).<sup>23</sup>

Parmi les AVVIH/sida, s'observent un taux plus élevé de mortalité, un accès plus limité aux traitements médicaux, une plus grande insécurité alimentaire et plus de discrimination dans l'accès au logement, en comparaison avec les PVVIH/sida qui ne sont pas autochtones.<sup>24</sup> Le rapport

explique que plusieurs Autochtones sont aux prises avec des obstacles particuliers en matière de santé à cause de l'isolement géographique.<sup>25</sup> Il aborde aussi la surreprésentation des Autochtones dans la population carcérale et les risques d'infection par le VIH en prison.<sup>26</sup>

Les chapitres de la fin présentent un aperçu des recherches et ripostes actuelles, en matière de VIH parmi les Autochtones, y compris plusieurs stratégies novatrices, coalitions, réseaux et organismes qui œuvrent à répondre à cet aspect de l'épidémie au Canada.<sup>27</sup>

### **Nouvelle politique sur la confidentialité, par l'Association médicale canadienne**

L'Association médicale canadienne (AMC) a publié une nouvelle politique, intitulée *Principes de protection des renseignements personnels sur la santé des patients*, qui « décrit des façons pratiques et conformes à l'éthique de protéger les renseignements personnels sur la santé des patients, y compris dans des situations où la loi accorde aux médecins le pouvoir discrétionnaire de recueillir, d'utiliser et de divulguer des renseignements personnels sur la santé sans le consentement des intéressés ». <sup>28</sup> La politique se compose de 14 principes, pour guider les médecins et étudiants de médecine.

Le document reconnaît que le respect de la vie privée, la confidentialité et la confiance sont les pierres angulaires de la relation patient-médecin; et que les patients ont le droit général de contrôler l'utilisation et la divulgation de leurs renseigne-

ments personnels sur la santé.<sup>29</sup> On y signale que les médecins peuvent dans certaines circonstances s'en remettre au consentement éclairé implicite du patient à la divulgation des renseignements personnels sur sa santé, pour le soigner et le traiter directement. Cependant, on précise que le patient doit en général avoir consenti *explicitement* à la divulgation de tout renseignement personnel à propos de sa santé en réponse à la demande d'une tierce partie (p. ex., compagnie d'assurance, avocat du patient) qui n'est pas reliée directement à ses soins ou traitements.<sup>30</sup>

La politique affirme que le partage de renseignements personnels sur la santé d'un patient avec des membres de l'équipe de soins doit être fait selon ce que chacun des membres a besoin de savoir.<sup>31</sup> Elle souligne aussi que les médecins peuvent utiliser ou dévoiler des renseignements de santé personnels sans le consentement du patient lorsque la loi l'exige, notamment pour se conformer aux exigences de production de rapports obligatoires, ou en raison d'un mandat, d'une assignation à comparaître, d'une ordonnance d'un tribunal ou d'une sommation.<sup>32</sup>

En ce qui concerne les dossiers de santé électroniques, la politique signale : « Il faut informer les patients que le médecin traitant ne peut contrôler l'accès à un système de dossier de santé électronique (DES) ni en garantir la confidentialité. »<sup>33</sup> De plus, si le transfert de renseignements personnels sur leur santé dans un système de DES compatible (provincial ou régional) est exigé par la loi, il faut informer les patients de cette obligation. Il en va de même de l'existence d'options de protection de ces renseignements, telles que le désengagement [ou *option*

de refus], les directives sur la divulgation, le masquage ou les contenants verrouillés, le cas échéant.<sup>34</sup>

<sup>1</sup> N. Fagen, « Ottawa Police chief will decide whether info is released in future HIV cases », *Xtra*, 18 novembre 2010 ([www.xtra.ca/public/Ottawa/Ottawa\\_Police\\_chief\\_will\\_decide\\_whether\\_info\\_is\\_released\\_in\\_future\\_HIV\\_cases-9448.aspx](http://www.xtra.ca/public/Ottawa/Ottawa_Police_chief_will_decide_whether_info_is_released_in_future_HIV_cases-9448.aspx)).

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> « Ottawa police won't review HIV disclosure Policy », *CBC News*, 27 juillet 2010 ([www.cbc.ca/canada/ottawa/story/2010/07/27/ottawa-disclosure-police.html](http://www.cbc.ca/canada/ottawa/story/2010/07/27/ottawa-disclosure-police.html)).

<sup>4</sup> N. Fagan (supra).

<sup>5</sup> Ibid.

<sup>6</sup> J. Ivison, « We don't need bigger prisons », *The National Post*, 11 janvier 2011, p. A6.

<sup>7</sup> D. McKie, « Inmate programs fall short of capital spending », *CBC News* (en-ligne), 14 janvier 2011; G. Galloway, « Government faces hard sell for thousands of

new jail cells », *The Globe and Mail*, 10 janvier 2011.

<sup>8</sup> *Correctional Service of Canada Media Lines*, 13 mai 2010 (obtenu par la CBC en vertu de la Loi sur l'accès à l'information).

<sup>9</sup> J. Ivison (supra).

<sup>10</sup> Ibid.

<sup>11</sup> D. McKie (supra).

<sup>12</sup> M. Montaner, « La Déclaration de Vienne : un appel à réformer les politiques sur la drogue », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 15(1) (2010) : 40.

<sup>13</sup> La Déclaration est accessible à [www.ladeclarationdevienne.com](http://www.ladeclarationdevienne.com).

<sup>14</sup> La liste des signataires est accessible sur le site anglais de la Déclaration, [www.viennadeclaration.com](http://www.viennadeclaration.com).

<sup>15</sup> Vancouver Coastal Health, « Expanded HIV testing guidelines will improve early diagnosis », communiqué, Vancouver, 3 décembre 2010.

<sup>16</sup> S. Lazaruk, « Blanket HIV testing in B.C. to help 'remove stigma' », *The Province*, 5 décembre 2010, p. A2.

<sup>17</sup> Vancouver Coastal Health (supra).

<sup>18</sup> Ibid.

<sup>19</sup> Agence de la santé publique du Canada, *Rapport*

*d'étape sur le VIH et les populations distinctes : Autochtones*, 2010 ([www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/ps-pd/index-fra.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/ps-pd/index-fra.php)).

<sup>20</sup> Ibid.

<sup>21</sup> Ibid.

<sup>22</sup> Ibid., p. 37-75.

<sup>23</sup> Ibid., p. 38.

<sup>24</sup> Ibid., p. 40.

<sup>25</sup> Ibid., p. 39-40.

<sup>26</sup> Ibid., p. 45-46.

<sup>27</sup> Ibid., p. 109-140.

<sup>28</sup> Association médicale canadienne, *Politique de l'AMC : Principes de protection des renseignements personnels sur la santé des patients*, 2011.

<sup>29</sup> Ibid., p. 1-2.

<sup>30</sup> Ibid., p. 3.

<sup>31</sup> Ibid.

<sup>32</sup> Ibid.

<sup>33</sup> Ibid., p. 5.

<sup>34</sup> Ibid., p. 6.

# DÉVELOPPEMENTS INTERNATIONAUX

On trouve sous cette rubrique 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 Cécile Kazatchkine (ckazatchkine@aidslaw.ca), analyste des politiques au Réseau juridique canadien VIH/sida et rédactrice en chef de cette section.

## L'analyse phylogénétique ne peut à elle seule prouver la source d'infection par le VIH, rappellent des experts

D'après un récent rapport publié aux États-Unis dans les *Proceedings of the National Academy of Sciences*, la science pourrait prouver avec certitude quelle personne a été la source d'infection d'une autre par le VIH<sup>1</sup> — une affirmation que des experts internationaux contredisent.

Le rapport décrit en détail la méthodologie d'analyse phylogénétique qui a été utilisée dans deux affaires criminelles de transmission du VIH, dans les États de Washington (2004)

et du Texas (2009).<sup>2</sup> Dans les deux cas, l'accusé a été déclaré coupable.

L'analyse phylogénétique examine de menues différences dans les gènes du VIH, à l'aide de méthodes com-

putationnelles qui calculent l'écart génétique entre des souches. Il s'agit d'un procédé scientifique complexe, relevant de virologistes spécialistes du VIH. Il ne peut que déterminer le



degré de parenté entre deux échantillons de VIH; il ne peut arriver à établir une « concordance » définitive. En effet, à l'opposé de l'ADN humain et des empreintes digitales, le VIH n'est pas unique à un individu.<sup>3</sup>

Bien que le rapport soit décrit par le coauteur Michael Metzker, du Baylor College of Medicine (Texas), comme étant le premier « à avoir établi la direction de la transmission »,<sup>4</sup> plusieurs des experts internationaux qui ont été conseillers aux enquêtes judiciaires auprès de cours pénales affirment qu'il « tire des conclusions non justifiées ».<sup>5</sup> Ces commentateurs s'entendent tous sur le point que l'analyse phylogénétique demeure un moyen éclairé, mais parfois imparfait, d'estimer la parenté entre souches virales. Ils ont affirmé que, bien qu'il existe diverses méthodes permettant d'augmenter le degré de confiance à l'effet que des échantillons sont très apparentés (comparativement à d'autres), on ne pourrait jamais être complètement confiant qu'un accusé est bel et bien la source de l'infection du/des plaignant(s) en ne recourant qu'à l'analyse phylogénétique.<sup>6</sup>

Anne-Mieke Vandamme, de l'Université catholique de Louvain

et de l'Institut Rega, en Belgique, a affirmé qu'« il existe toujours la possibilité d'un chaînon manquant, d'une transmission consécutive comportant une étape intermédiaire que l'on ignore ».<sup>7</sup> Elle ajoute qu'elle « n'aurait recours à ce type de classification paraphylétique qu'afin d'exclure une direction de transmission. L'élimination de tous les autres contacts possibles est quelque chose qui doit s'effectuer en marge de l'analyse phylogénétique ». Elle conclut que la seule utilisation fiable de l'analyse phylogénétique dans le cadre de poursuites pénales est celle d'exonérer l'accusé.<sup>8</sup>

Dans un récent article publié dans *The Lancet Infectious Diseases*, plusieurs experts en phylogénétique, dont la professeure Vandamme, ont exprimé une mise en garde à l'effet que la technique comportait des risques d'usages malavisés, et qu'il ne s'agissait pas en soi d'un moyen de prouver la transmission du VIH.<sup>9</sup> Les auteurs énumèrent diverses lignes directrices que devraient suivre les experts scientifiques afin d'éviter les mauvaises utilisations de preuves phylogénétiques dans des affaires criminelles concernant la transmission

du VIH. Ils affirment que « les scientifiques devraient être conscients des limites de cette analyse et mettre en relief la nécessité que les tribunaux utilisent d'autres types de preuve, pour se convaincre de la culpabilité d'un prévenu. »<sup>10</sup>

— Cécile Kazatchkine

<sup>1</sup> J. L. Santini, « Lab detectives use science to nab HIV criminals: study », Agence France-Presse, 15 novembre 2010.

<sup>2</sup> E. J. Bernard, « Claims that phylogenetic analysis can prove direction of transmission are unfounded, say experts », Aidsmap News, 24 novembre 2010 ([www.aidsmap.com/Claims-that-phylogenetic-analysis-can-prove-direction-of-transmission-are-unfounded-say-experts/page/1556716/](http://www.aidsmap.com/Claims-that-phylogenetic-analysis-can-prove-direction-of-transmission-are-unfounded-say-experts/page/1556716/)).

<sup>3</sup> NAM et National AIDS Trust, *The use of phylogenetic analysis as evidence in criminal investigation of HIV transmission*, février 2007.

<sup>4</sup> J. L. Santini (supra).

<sup>5</sup> E. J. Bernard (supra). Les experts interrogés par Aidsmap sont Anne-Mieke Vandamme, professeure à l'Université catholique de Louvain et à l'Institut Rega (Belgique); Jan Albert, professeur au Karolinska Institute et au Karolinska University Hospital (Suède); et Thomas Leitner, scientifique au Los Alamos National Laboratory (États-Unis).

<sup>6</sup> Ibid.

<sup>7</sup> E. J. Bernard (supra).

<sup>8</sup> Ibid.

<sup>9</sup> A. B. Abecasis et coll., « Science in court: the myth of HIV fingerprinting », *The Lancet Infectious Diseases* 11(2) (2011) : 78-79.

<sup>10</sup> Ibid.

## L'accord de libre-échange proposé entre l'UE et l'Inde pourrait entraver la production de médicaments anti-VIH génériques

**Des experts médicaux signalent que l'accord commercial international envisagé entre l'Union européenne (UE) et l'Inde risque de limiter grandement l'accès à des antirétroviraux salvateurs pour les personnes vivant avec le VIH dans le monde en développement.<sup>1</sup>**

Selon Médecins sans Frontières (MSF), des dispositions cachées de l'accord de libre-échange en négociation empêcheraient la fabrication

et la distribution par l'Inde de médicaments génériques cruciaux — une préoccupation partagée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).<sup>2</sup>

Les fabricants de médicaments génériques s'en remettent présentement aux résultats des essais cliniques originaux des développeurs, qui démontrent l'efficacité et l'innocuité des médicaments, pour faire homologuer leurs versions génériques moins coûteuses. Des militants signalent qu'une disposition d'« exclusivité des données », dans l'accord de libre-échange, aurait l'effet d'un droit d'auteur sur les informations recueillies dans le cadre d'essais cliniques.<sup>3</sup> À moins de mener leurs propres essais cliniques, les sociétés indiennes seraient alors privées d'accès à des données dont elles ont besoin pour l'homologation de leurs médicaments.

L'UE insiste que, bien que l'accord de libre-échange comporte des dispositions d'exclusivité des données, celles-ci n'affecteraient pas la capacité de l'Inde de produire des médicaments génériques.<sup>4</sup> Selon un porte-parole, l'UE reconnaît explicitement le droit de l'Inde d'octroyer des licences obligatoires pour des médicaments salvateurs.<sup>5</sup> L'OMS a toutefois répliqué que, jusqu'à ce qu'une ébauche de l'accord soit publiée, des préoccupations persisteront quant à son contenu et à son impact sur la santé publique.<sup>6</sup>

Par ailleurs, des experts en santé sont de plus en plus préoccupés par un accord distinct touchant le commerce de contrefaçon international,

qui pourrait avoir un impact significatif sur la production de médicaments génériques. L'Accord commercial relatif à la contrefaçon vise à décourager la production de faux médicaments; or des militants signalent que les médicaments de contrefaçon sont délibérément associés aux médicaments génériques pour interférer avec leur production et leur distribution.<sup>7</sup>

En Inde, de 1972 à 2005, l'absence de protection des médicaments par des brevets a permis à des fabricants de produire des médicaments génériques à des prix parmi les plus bas au monde. En 2005, l'Inde a réintroduit la protection de brevet sur les médicaments, conformément à ses obligations en vertu de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC). Toutefois, l'Accord sur les ADPIC accorde aux pays une mesure de souplesse pour la protection de la santé publique.<sup>8</sup>

En particulier, les lois uniques de l'Inde sur la production pharmaceutique permettent la fabrication de médicaments génériques considérés essentiels par les autorités. Cela a permis au pays de continuer de fournir des médicaments abordables à sa population et à des patients du monde en développement. Plus de 80 % des antirétroviraux financés par des donateurs et utilisés dans des pays en développement sont des produits génériques indiens; et l'existence de médicaments moins chers a permis à plus de cinq millions de personnes d'avoir accès à un traitement anti-VIH essentiel, dans le monde.<sup>9</sup>

Vu leur impact mondial, les amendements proposés sont dénoncés par plusieurs activistes, y compris le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH. Des militants du Kenya, par exemple, ont écrit à l'UE et au Gouvernement du Kenya pour dénoncer les deux accords, sur la base qu'ils nuiraient à la lutte contre le VIH/sida.<sup>10</sup> Le Delhi Network of Positive People a aussi organisé une vaste manifestation en octobre 2010, et écrit au premier ministre de l'Inde pour l'exhorter à rejeter l'accord de libre-échange.<sup>11</sup>

— Sandra Ka Hon Chu

Sandra Ka Hon Chu (schu@aidslaw.ca) est analyste principale des politiques au Réseau juridique canadien VIH/sida.

<sup>1</sup> A. Wander, « EU deal threatens HIV drug supplies », *Al Jazeera*, 4 novembre 2010.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Ibid.

<sup>4</sup> Ibid.

<sup>5</sup> « Africa: EU-India deal could threaten access to essential HIV drugs », *IRIN PlusNews*, 9 novembre 2010.

<sup>6</sup> A. Wander, supra.

<sup>7</sup> Ibid.

<sup>8</sup> A. Grover et B. Citro, « India: access to affordable drugs and the right to health », *The Lancet*, 12 janvier 2011.

<sup>9</sup> « Africa: EU-India deal could threaten access to essential HIV drugs », *IRIN PlusNews*, 9 novembre 2010.

<sup>10</sup> J. Oywa, « Kenya joins drive to block new EU policy on ARVs », *The Standard*, 5 février 2011.

<sup>11</sup> « Activists decry India-EU IPR talks », *The Times of India*, 6 octobre 2010.

# Ukraine — Des progrès dans les politiques sur la drogue sont ternis par des descentes dans des cliniques de traitement

**En octobre 2010, le Gouvernement de l'Ukraine a apporté des révisions progressistes à une loi visant à réduire la propagation du VIH et à appuyer les droits des personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH/sida). Toutefois, des pratiques policières limitent encore l'accès aux services de réduction des méfaits.**

Parmi les modifications apportées à la *Law on Prevention of AIDS Cases and Social Protection (1991)* [Loi sur la prévention des cas de sida et la protection sociale (1991)], on a aboli une disposition qui exigeait la présentation d'un certificat de non-séropositivité au VIH par les visiteurs voulant séjourner au pays plus de 90 jours.<sup>1</sup> Par conséquent, les PVVIH/sida n'auront plus de restriction sur la durée de leur séjour au pays et pourront même demander le statut de résident sans avoir à divulguer leur séropositivité.<sup>2</sup> D'autres changements à la loi de 1991 sont réjouissants pour les organismes non gouvernementaux (ONG) qui fournissent des services de traitement, de soins et de prévention en matière de VIH, en leur permettant d'obtenir des contrats gouvernementaux.<sup>3</sup>

Un élément notable de la loi révisée est qu'elle garantit la provision de services de réduction des méfaits aux utilisateurs de drogue par injection (UDI) séropositifs et autres. En Ukraine, les nouveaux cas de VIH touchent principalement des UDI.<sup>4</sup> Il est estimé que 350 000 personnes y vivent avec le VIH — soit l'un des taux les plus élevés d'Europe.<sup>5</sup>

Malgré ces changements, des ONG locaux qui fournissent des services de réduction des méfaits

ont récemment été des cibles de harcèlement policier. Des cliniques et des bureaux dirigés par l'International HIV/AIDS Alliance et l'All Ukrainian Network of People Living with HIV/AIDS ont reçu la visite de policiers. Des clients et des patients des cliniques ont été forcés de fournir des renseignements personnels et médicaux sous la menace d'arrestation,<sup>6</sup> et des employés ont dû divulguer des informations au sujet de programmes. Des documents auraient été confisqués et, à l'extérieur de la capitale (Kiev), des services de réduction des méfaits ont été fermés.<sup>7</sup> Les deux organismes fournissaient des traitements de substitution à des UDI depuis plusieurs années.

La descente a été ordonnée par le chef du Département de la lutte au trafic de drogue du ministère de l'Intérieur. L'ordre #40/2/1-106 donnait la consigne aux forces policières du pays de recueillir les renseignements personnels de patients recevant un traitement de substitution. Il était accompagné d'une liste de questions à l'intention des patients et de leurs proches, y compris sur leurs antécédents de consommation de drogue et leur état sérologique au VIH.<sup>8</sup>

La descente policière visait possiblement à démanteler des réseaux de trafic de drogue qui prétendent être

des cliniques de traitement de substitution. Au lieu de mener une enquête plus approfondie, la police a ciblé toutes les cliniques de traitement de substitution, enfreignant du même coup des lois nationales. La descente a eu lieu peu avant une rencontre entre le Département de la lutte au trafic de drogue et le président ukrainien Viktor Yanukovych, pour discuter de la réadaptation sociale des personnes ayant une dépendance à la drogue et des problèmes liés au traitement de substitution en Ukraine.

Vu le harcèlement policier, des employés d'ONG s'inquiètent de ne pouvoir joindre et aider les personnes qui utilisent leurs services et en ont besoin. Ils craignent aussi que les médecins qui fournissent habituellement des services de réduction des méfaits ne se sentent plus en sécurité dans ce rôle.

— Eli Arkin

Eli Arkin (earkin@aidslaw.ca) est bénévole au Réseau juridique canadien VIH/sida.

<sup>1</sup> International AIDS Society, « IAS Applauds the Revision of Ukraine's Legislation », communiqué, Genève, 29 octobre 2010 ([www.iasociety.org/Default.aspx?pageId=489](http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageId=489)).

<sup>2</sup> Ibid.<sup>3</sup> Ibid.<sup>4</sup> International HIV/AIDS Alliance, « HIV Prevention under Threat in Ukraine », février 2011 ([www.aidsalliance.org/NewsDetails.aspx?id=836](http://www.aidsalliance.org/NewsDetails.aspx?id=836)).<sup>5</sup> ONUSIDA, *Ukraine Fact Sheet: Country Situation*, juillet 2008 ([http://data.unaids.org/pub/FactSheet/2008/sa08\\_ukr\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/FactSheet/2008/sa08_ukr_en.pdf)).<sup>6</sup> International HIV/AIDS Alliance, « Ukraine: Crackdown on Drug Substitution », janvier 2011 ([www.aidsalliance.org/newsdetails.aspx?id=810](http://www.aidsalliance.org/newsdetails.aspx?id=810)).<sup>7</sup> Ibid.<sup>8</sup> Chief of Department to Fight Drug Trafficking: Ukraine Ministry of Interior; « Order #40/2/1-106 », 18 janvier 2011. (Le Réseau juridique canadien VIH/sida a obtenu copie du document original en ukrainien.)

## Afrique — Vulnérabilité pour les minorités sexuelles

**La violence contre les homosexuels est à la hausse, en Afrique, où la plupart des pays continuent de criminaliser les relations entre personnes de même sexe, alimentant un climat de haine qui, dans certains cas, est encouragé par des politiciens.**

Le 26 janvier 2011, David Kato, jeune Ougandais qui était militant pour les droits des gais, a été battu à mort dans son propre logis.<sup>1</sup> Le meurtre succède de quelques mois à la publication de sa photo dans le journal ougandais *Rolling Stone*, avec d'autres photos d'hommes présumés être gais, sous un titre cru : « Pendez-les ». Après la publication de ces photos, Kato et deux autres militants ont obtenu qu'une injonction permanente interdise au journal de publier ainsi d'autres photos. Par la suite, Kato a confié à des amis avoir été l'objet de menaces.<sup>2</sup>

Son décès est le plus récent exemple des difficultés des gais en Ouganda. Un projet de loi anti-homosexualité a été déposé au Parlement en octobre 2009; et, bien que l'homosexualité soit déjà illégale dans ce pays (et passible d'une peine maximale de 14 ans d'emprisonnement), la proposition législative prévoit

des sanctions encore plus sévères, y compris la peine de mort dans certains cas, comme les rapports sexuels si l'on a l'infection à VIH, ou les rapports sexuels avec une personne mineure.<sup>3</sup> Cependant, après de vives critiques et des pressions internationales à grande échelle, un comité du cabinet mandaté de l'examen du projet de loi, par le président Museveni, a recommandé en mai 2010 son retrait du feuillet.<sup>4</sup>

L'Ouganda n'est pas le seul pays opposé aux droits des gais. Au Cameroun, Alice Nkom, avocate qui travaille à défendre les droits des minorités sexuelles, a récemment été la cible de menaces de mort après que l'Union européenne (UE) ait accepté de financer son projet de promotion des droits dans son pays.<sup>5</sup> Mme Nkom jouera un rôle clé dans la réalisation de ce projet, par l'entremise de l'Association camerounaise pour la défense de l'homosexualité,

dont elle est la présidente. Le Gouvernement du Cameroun a pris position contre ce projet : le ministre des Affaires étrangères, Henri Eyebe Ayissi, a affirmé à l'UE que son gouvernement désapprouvait l'initiative.<sup>6</sup> Les relations homosexuelles sont un crime, au Cameroun, et peuvent emporter une peine maximale de cinq ans d'emprisonnement.<sup>7</sup>

En décembre 2010, le Parlement du Malawi a entériné un projet de loi qui amende le Code pénal afin de criminaliser les relations sexuelles entre femmes. Auparavant, seules les « pratiques indécentes entre hommes » étaient illégales. Mais en vertu de l'article 137A du Code pénal, toute femme qui, en public ou en privé, commet « tout acte de grossière indécence avec une autre femme », sera coupable d'acte illégal et passible d'une peine maximale de cinq ans d'emprisonnement.<sup>8</sup> Six mois avant cet amendement, Tionge

Chimbalanga et Steven Monjeza, un couple d'hommes, a été condamné à 14 ans d'emprisonnement, avant d'être gracié par le président pour des raisons humanitaires, après d'intenses pressions internationales.<sup>9</sup>

En République démocratique du Congo — où les relations homosexuelles sont présentement légales —, un projet de loi criminalisant l'homosexualité a été déposé en octobre 2010 par un député, l'évêque pentecôtiste Ejiba Yamapia.<sup>10</sup> Il y est affirmé que les relations homosexuelles pourraient emporter une peine de cinq ans d'emprisonnement ainsi qu'une amende. On proscrirait les associations d'aide aux gays et lesbiennes, ce qui serait néfaste à la riposte au VIH dans le pays.<sup>11</sup> Le

projet de loi a reçu la faveur de la Chambre basse du Parlement et a été déféré à la commission des affaires sociales et culturelles, pour analyse plus détaillée. D'après Jean Bedel Kaniki, président de l'association LGBT Groupe Hironnelles-Bukavu, le projet de loi sera soumis à un vote au printemps 2011.<sup>12</sup>

— Cécile Kazatchkine

<sup>1</sup> G., Jeffrey, « Ugandan who spoke up for gays is beaten to death », *The New York Times*, 27 janvier 2011; « David Kato: man arrested over murder of Ugandan gay activist », *The Guardian*, 3 février 2011.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> D. Cozac, « Ouganda — Des projets de loi comportent

des violations de droits des homosexuels et des personnes vivant avec le VIH/sida », *Revue VIH/sida, droit et politiques*, 15(1) (2010) : 14–16.

<sup>4</sup> Ibid. Au moment de rédiger les présentes, l'avenir du projet de loi était incertain.

<sup>5</sup> AIDES, « Croisades anti-gay au Cameroun: l'Etat français doit réagir! », communiqué, Paris, 13 janvier 2011.

<sup>6</sup> « Homosexualité: tension entre le Cameroun et l'Union européenne », *Afrik.com*, 18 janvier 2011.

<sup>7</sup> Human Rights Watch, *Criminalizing Identities. Rights Abuses in Cameroon based on Sexual Orientation and Gender Identity*, 2010.

<sup>8</sup> International Commission of Jurists, « Sex between women now a crime in Malawi: New law violates human rights obligations of Malawi », communiqué, 8 février 2011.

<sup>9</sup> V. Sohaili, « Malawi — Le président gracie un couple homosexuel condamné », *Revue VIH/sida, droit et politiques*, 15(1) (2010) : 16–17.

<sup>10</sup> « RDC, un projet de loi pour punir les gays », *Le Figaro*, 25 octobre 2011.

<sup>11</sup> H. Bangré, « Sur la voie de la criminalisation de l'homosexualité? », *Jeune Afrique*, 22 octobre 2010.

<sup>12</sup> « Pénalisation de l'homosexualité? », *Afriqinfos*, 5 novembre 2011.

## En bref

### Danemark — La loi pénale spécifique au VIH est suspendue

Le 16 février 2011, le ministre de la Justice du Danemark, Lars Barfoed, a annoncé que toutes les poursuites en justice en vertu de l'article 252 du Code criminel du pays — criminalisant la transmission du VIH et l'exposition à l'infection — seront suspendues temporairement jusqu'à ce que la loi ait été examinée par un groupe de travail mandaté de voir si l'article en question devrait être amendé ou abrogé.<sup>1</sup>

Le ministre a déclaré que sa décision était fondée sur l'évolution de l'épidémie. Lorsqu'elle est traitée à temps, l'infection à VIH n'entraîne plus une maladie mortelle. De plus, les traitements antirétroviraux efficaces réduisent considérablement le risque de transmission du VIH. La loi actuelle — qui considère l'infection à VIH comme une affection qui menace la vie, et criminalise les rapports sexuels non protégés par les personnes vivant avec le VIH — semble ainsi désuète et devrait être révisée.<sup>2</sup>

En vertu de l'article 252, « toute personne qui, de manière insouciant,

expose autrui au danger d'être infecté par une maladie mortelle et incurable » [trad.] sera passible d'emprisonnement pour une durée maximale de huit ans. En 2001, la loi a été amendée pour préciser qu'elle s'appliquait au VIH,<sup>3</sup> faisant du Danemark le seul pays d'Europe occidentale doté d'une loi criminelle spécifique au VIH.<sup>4</sup>

On estime que 5 600 personnes vivent avec le VIH, au Danemark. Depuis 1994, on y a intenté des poursuites contre 18 personnes, pour exposition à l'infection ou transmission du VIH. Onze de ces affaires se sont soldées par une déclaration de

culpabilité.<sup>5</sup> Comme dans d'autres États européens, les hommes d'origine africaine sont surreprésentés dans le corpus des affaires pénales relatives au VIH.<sup>6</sup>

— *Cécile Kazatchkine*

## Australie — Le centre d'injection supervisée devient permanent

En mai 2001, l'Australie ouvrait son premier centre d'injection médicalement supervisée (CIMS), dans le secteur de Sidney appelé Kings Cross, où sévissait la majeure partie des décès de surdose. Ayant fonctionné à titre d'essai pendant plus de neuf ans, le centre deviendra finalement un service régulier de santé, en vertu d'une décision du Gouvernement de la Nouvelle-Galles du Sud.<sup>7</sup>

Depuis son ouverture, le CIMS a bénéficié à plus de 12 000 individus; on y supervise en moyenne 200 injections par jour. Environ 3 500 cas de surdose y ont été adéquatement gérés, sans qu'aucun ne se conclue par un décès; et quelque 8 500 références y ont été faites à d'autres agences de santé ou de service social du secteur ou des environs. Approximativement la moitié de ces références concernaient le traitement de la toxicomanie.<sup>8</sup>

De plus, les récentes évaluations du CIMS ont démontré des diminutions du nombre d'injections faites dans la rue ainsi que du nombre de seringues usagées jetées inadéquatement dans le secteur. Les clients ont déclaré mieux connaître le risque de propagation de virus à diffusion hémotogène, et ont décrit des changements comportementaux correspon-

dant à des pratiques plus sécuritaires d'injection, pour réduire les risques. De manière plus générale, les conclusions indiquent que les services fournis par le centre atténuent les répercussions d'événements associés aux surdoses et d'autres conséquences de l'injection de drogue, sur la santé des clients du centre, et donnent accès au traitement de la toxicomanie avec un degré élevé d'adhésion aux références.<sup>9</sup>

— *Cécile Kazatchkine*

## Cambodge — Ouverture d'une première clinique de méthadone

La première clinique de méthadone au Cambodge, introduite par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et gérée par le ministère de la Santé du Cambodge, a ouvert ses portes en septembre 2010, à titre de programme pilote d'une durée d'un an.<sup>10</sup> Afin de répondre au problème de la drogue au Cambodge, la nouvelle clinique se démarque des programmes gouvernementaux de réadaptation qui sont devenus tristement célèbres pour les rudes conditions et les méthodes peu conventionnelles de désintoxication qu'ils imposent.

En date de novembre 2010, la clinique de méthadone comptait 61 inscriptions. Son personnel est composé de conseillers et de professionnels adéquatement formés. Des organismes non gouvernementaux (ONG) locaux qui travaillent auprès d'utilisateurs de drogue par injection (UDI) y réfèrent des patients; ceux-ci peuvent avoir accès à des services sur une base volontaire. La thérapie comporte

des séances de soutien en groupe et de counselling individuel.<sup>11</sup>

Cela contraste vivement avec les méthodes typiques de réhabilitation appliquées au Cambodge. Des groupes de défense des droits ont signalé des cas d'arrestations d'UDI et de détention forcée dans des centres de réhabilitation où le personnel est principalement composé de responsables de l'application de la loi, ou d'administrateurs, sans connaissance en matière de désintoxication, ni accès à un traitement adéquat, élément pourtant crucial à la réhabilitation.<sup>12</sup> Plutôt que de recevoir des traitements dans ces centres, les patients sont contraints à faire de l'exercice et à s'acquitter de travaux ardu, comme tentative de réhabilitation. Ces méthodes sont une violation de la constitution cambodgienne, qui interdit la coercition, le traitement inadéquat et tout autre sévices qui constitue un châtement additionnel pour toute personne qui est déjà emprisonnée ou détenue.<sup>13</sup>

Tout en accueillant la nouvelle clinique de méthadone comme un signe de progrès, les ONG locaux qui travaillent auprès d'UDI signalent la récente inauguration d'un autre centre gouvernemental de réhabilitation suivant le modèle du camp militaire, et déplorent que le protocole gouvernemental en matière de réhabilitation demeure « hybride ».<sup>14</sup>

D'après les estimés du gouvernement, un quart de la population d'UDI au Cambodge vit avec le VIH.<sup>15</sup> Ces chiffres connaissent une croissance en raison du manque de disponibilité de seringues stériles, et à cause d'obstacles à l'accès des UDI à l'éducation sur la propagation du VIH.

— *Eli Arkin*

Eli Arkin (earkin@aidslaw.ca) est bénévole au sein du Réseau juridique canadien VIH/sida.

## Portugal — Une étude démontre que la décriminalisation de la drogue a un effet positif

Une étude publiée en novembre 2010 a conclu que, contrairement à certaines prédictions, la décriminalisation de la possession et de la consommation de toutes les drogues illicites entrée en vigueur en juillet 2001, au Portugal, n'a pas entraîné d'augmentations majeures de l'usage de drogue.<sup>16</sup> En vertu de la politique portugaise de décriminalisation des drogues, les utilisateurs ne sont pas mis en arrestation, mais référés par la police à une commission « dissuasive », pour du counselling. Les comités sont investis du pouvoir discrétionnaire de servir des mises en garde ou de donner des pénalités administratives (amendes, restrictions à la conduite de véhicule, références à des services de traitement).<sup>17</sup>

Se fondant sur des évaluations indépendantes et sur des entrevues avec des dépositaires d'enjeux importants, réalisées en 2007 et en 2009, les chercheurs ont analysé les impacts aux chapitres de la justice pénale et de la santé, en comparaison avec les tendances dans deux pays voisins, l'Espagne et l'Italie. Ils ont conclu que la décriminalisation avait entraîné des diminutions de l'usage problématique de drogue, de même que des méfaits associés à la drogue, et de l'encombrement du secteur de la justice pénale.<sup>18</sup>

Par ailleurs, la décriminalisation a aussi résulté en une baisse de la consommation de drogue parmi les

adolescents, une baisse de l'usage de drogue par injection, une baisse du nombre de nouveaux cas d'infection par le VIH et une augmentation des quantités de drogues saisies par les autorités. Bien que la consommation de drogue parmi les adultes ait augmenté légèrement, cette tendance n'a pas été observée en plus grande proportion que dans les pays voisins qui n'ont pas modifié leurs politiques sur la drogue.<sup>19</sup>

D'après Alex Stevens, co-auteur de l'étude, « L'effet direct le plus important fut une diminution du recours aux ressources de la justice pénale pour viser des consommateurs vulnérables. »<sup>20</sup> Cela a probablement permis d'élargir l'accès au traitement de la toxicomanie, un élément qui s'associe à terme à un déclin des taux de VIH et de décès liés à l'usage d'opiacés.

– Sandra Ka Hon Chu

Sandra Ka Hon Chu (schu@aidslaw.ca) est analyste principale des politiques au Réseau juridique canadien VIH/sida.

## Afrique du Sud — Initiative de test du VIH dans les écoles

Le gouvernement sud-africain a tenu des consultations nationales auprès des secteurs de l'éducation, des droits de l'enfant ainsi que de la riposte au VIH, pour élaborer une politique nationale assortie de lignes directrices et de recommandations, relativement au dépistage du VIH à l'école.<sup>21</sup> L'initiative fait partie d'une campagne nationale de counselling et de test volontaires, orchestrée par le gouvernement, et dont l'objectif est

d'administrer 15 millions de tests au plus tard en avril 2011.

Les sympathisants du dépistage à l'école affirment que cette approche permettrait aux enfants qui vivent avec le VIH de recevoir des soins plus tôt. Par ailleurs, on avance qu'une campagne de dépistage à aussi grande échelle contribuerait à atténuer la stigmatisation associée à ce test, et favoriserait le test répété et la diffusion de messages sur le sécu-risexe.<sup>22</sup>

Cependant, un certain nombre d'associations d'étudiants et de syndicats d'enseignants s'opposent au test en milieu scolaire, considérant que les enfants ne sont pas nécessairement préparés, du point de vue psychologique ou émotionnel, à faire face à un diagnostic positif.<sup>23</sup> D'autres considérations d'importance sont la nécessité de veiller à ce que le test ne soit réalisé que sur consentement de la personne, et à ce que ce soit une intervention confidentielle. En particulier, il est important de s'assurer que les étudiants ne soient pas capables d'identifier ceux qui reçoivent un résultat positif au test.

De plus, les étudiants devraient être mis en contact avec des soins et mesures de suivi, y compris un soutien psychosocial adéquat. Dans le cadre de l'initiative de test à grande échelle, le ministre sud-africain de la Santé, Aaron Motsoaledi, a affirmé qu'éventuellement, chaque école aurait accès à des infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux et conseillers professionnels, pour s'occuper de ses élèves.<sup>24</sup>

– Sandra Ka Hon Chu

Sandra Ka Hon Chu (schu@aidslaw.ca) est analyste principale des politiques au Réseau juridique canadien VIH/sida.

## La Commission mondiale sur le VIH et le droit

La Commission mondiale sur le VIH et le droit, lancée en juin 2010, a pour mandat d'élaborer des recommandations applicables, éclairées par des faits et données, et fondées sur les droits humains, pour des réponses au VIH qui contribuent à promouvoir et à protéger les droits humains des personnes vivant avec le VIH et de celles qui sont les plus vulnérables à l'infection.<sup>25</sup> Elle concentre ses travaux sur certains des enjeux juridiques et de droits humains les plus difficiles, dans le contexte du VIH.

L'initiative est dirigée par le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), pour le compte de l'ONUSIDA, en étroite collaboration avec une diversité de partenaires, notamment des gouvernements, fondations, acteurs du secteur universitaire, agences onusiennes et de la société civile, y compris les principaux groupes populationnels et réseaux.

Son mandat consiste à analyser les dimensions juridiques et de droits humains, en lien avec divers éléments de riposte au VIH dans le monde;<sup>26</sup> et de formuler des recommandations à l'intention des responsables de politiques, en vue de réponses au VIH qui soient adéquates et fondées sur les droits.

La structure de la Commission est formée de trois axes. (1) Un organe de haut niveau, comptant 14 membres, qui sont d'éminents leaders dans leurs domaines. L'ancien président du Brésil, Fernando Henrique Cardoso, de même que le coprésident d'AIDS-Free World, Stephen Lewis, sont au nombre des commissaires. (2) Un groupe consultatif technique, comptant 22 membres expérimentés

en matière de VIH et de droit, qui aidera à générer et à consolider les éléments de consensus d'après le corpus de données et de faits. (3) Une série d'auditions régionales, qui enrichira les délibérations de la Commission et assurera la participation et l'inclusion des communautés affectées ainsi que des responsables des lois et politiques, dans les régions les plus affectées par le VIH/sida.<sup>27</sup>

Les auditions régionales, espère-t-on, donneront lieu à des discussions de politiques pertinentes à des enjeux touchant les droits de la personne et le droit, dans un contexte régional. Deux des sept exercices (celui en Amérique latine et celui en Asie) ont déjà eu lieu.

Un rapport final sera publié au début de 2011; il comprendra un aperçu des constats régionaux et des recherches réalisées au cours du mandat de la Commission.

— Eli Arkin

Eli Arkin (earkin@aidslaw.ca) est bénévole au sein du Réseau juridique canadien VIH/sida.

## Un commentaire du pape laisse espérer un changement à son opposition au condom

Le pape Benoît XVI a laissé entendre, dans un livre-entretien, que pour certaines personnes — comme les prostitués de sexe masculin — l'usage du condom pourrait être moralement justifié afin de prévenir la transmission du VIH. Le commentaire a soulevé une forte approbation parmi les militants de la riposte au sida, notamment en Afrique

puisqu'un revirement de la position de l'Église catholique relativement à l'usage du condom pourrait avoir un impact radical en termes de prévention du VIH.<sup>28</sup>

La remarque a soulevé un tourbillon de confusion, notamment un désaccord quant à la question de savoir si le pape acceptait que l'on utilise le condom en contraste frappant avec la doctrine catholique qui rejette la contraception. Les hauts porte-parole du Vatican avaient jusqu'ici prôné le mariage monogame et l'abstinence sexuelle hors-mariage comme des armes clés de la lutte au VIH. Or plusieurs voient dans le commentaire papal un signe que le Vatican assouplit sa position à l'égard du condom, du moins en ce qui a trait à la prévention du VIH.<sup>29</sup>

— Alison Symington

Alison Symington (asymington@aidslaw.ca) est analyste principale des politiques, au Réseau juridique canadien VIH/sida.

<sup>1</sup> E. J. Bernard, « Denmark: Justice Minister suspends HIV-specific criminal law, sets up working group », 17 février 2011 (<http://criminalhivtransmission.blogspot.com/2011/02/denmark-justice-minister-suspends-hiv.html>); AIDS-Fondet, « Ministry of Justice stands by AIDS-Fondet: HIV law is suspended », communiqué, Copenhague, 17 février 2011.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH, *Global Criminalisation Scan* ([www.gnppplus.net/criminalisation/index.php?option=com\\_content&task=view&id=90&Itemid=42](http://www.gnppplus.net/criminalisation/index.php?option=com_content&task=view&id=90&Itemid=42)).

<sup>4</sup> Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH, *2010 Global Criminalisation Scan Report*, juillet 2010 ([www.gnppplus.net/programmes/human-rights/global-criminalisation-scan/1648-2010-global-criminalisation-scan-report](http://www.gnppplus.net/programmes/human-rights/global-criminalisation-scan/1648-2010-global-criminalisation-scan-report)).

<sup>5</sup> *Global Criminalisation Scan* (supra).



<sup>6</sup> 2010 *Global Criminalisation Scan Report* (supra).

<sup>7</sup> M. Sweet, « Australia's supervised injecting centre has a more certain future », *BMJ*, 341 (2010) : 629.

<sup>8</sup> Sydney Medically Supervised Injecting Center (MSIC), *Factsheet*. Mise à jour de septembre 2010. Accessible via [www.sydneymsic.com](http://www.sydneymsic.com).

<sup>9</sup> NSW Health, *Further evaluation of the Medically Supervised Injecting Centre during its extended Trial period (2007–2011): Final Report*. Septembre 2010.

<sup>10</sup> « Cambodia: Government opens first methadone clinic », IRIN Asia, 17 septembre 2010 ([www.irinnews.org/Report.aspx?ReportId=90507](http://www.irinnews.org/Report.aspx?ReportId=90507)).

<sup>11</sup> Organisation mondiale de la santé, *Cambodia Methadone Maintenance Program: Newsletter: Number 1, Quarter 1*. novembre 2010

<sup>12</sup> Organisation mondiale de la santé, *Assessment of Compulsory Treatment for People Who Use Drugs in Cambodia, China, Malaysia, and Viet Nam. 2009*.

<sup>13</sup> Ibid.

<sup>14</sup> « Cambodia: Government opens first methadone clinic » (supra).

<sup>15</sup> Ibid.

<sup>16</sup> C. Hughes et A. Stevens, « What Can We Learn from the Portuguese Decriminalization of Illicit Drugs? », *British Journal of Criminology* 50(6) (2010) : 999–1022.

<sup>17</sup> P. Smith, « Portuguese Drug Reformers Look Beyond Decriminalization », *StoptheDrugWar.org*, 1<sup>er</sup> décembre 2010 ([http://stopthedrugwar.com/chronicle/2010/dec/01/portuguese\\_drug\\_reformers\\_look\\_b](http://stopthedrugwar.com/chronicle/2010/dec/01/portuguese_drug_reformers_look_b)).

<sup>18</sup> C. Hughes et A. Stevens (supra).

<sup>19</sup> M. Szalavitz, « Portugal's Drug Experience: New Study Confirms Decriminalization Was a Success », *Time Magazine*, 23 novembre 2010.

<sup>20</sup> Ibid.

<sup>21</sup> « South Africa: HIV testing in schools is a minefield », IRIN PlusNews, 7 février 2011.

<sup>22</sup> Ibid.

<sup>23</sup> Ibid.

<sup>24</sup> H. Prince et H. McLea, « Health minister intensifies fight against AIDS », *The Times*, 14 février 2011.

<sup>25</sup> Commission mondiale sur le VIH et le droit, [www.hivlawcommission.org](http://www.hivlawcommission.org).

<sup>26</sup> Ibid.

<sup>27</sup> Ibid.

<sup>28</sup> J. Straziuso et J. Gross, « Africa, where 20M people have HIV and which is more Catholic, welcomes pope's condoms message », *The Canadian Press*, 23 novembre 2010; V. Simpson, « Vatican says pope's condom remarks not 'revolutionary' but many others see historic change », *The Washington Examiner*, 22 novembre 2010; et N. Winfield, « Vatican to host international AIDS conférence », *The Globe and Mail*, 3 février 2011.

<sup>29</sup> Ibid.

# LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX — CANADA

On trouve sous cette rubrique des résumés 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 rédactrice en chef de la présente section. Tous les articles de la présente section ont été rédigés par madame Chu.

## Ontario — Des dispositions du *Code criminel* relatives à la prostitution sont invalidées

En septembre 2010, la Cour supérieure de justice de l'Ontario a jugé que trois dispositions du *Code criminel* concernant la prostitution portaient atteinte aux droits des travailleuses sexuelles, n'étaient pas conformes aux principes de justice fondamentale et devaient être invalidées.<sup>1</sup>

Les requérantes — Terri Jean Bedford, Amy Lebovitch et Valerie Scott — contestaient les articles 213(1)(c), 210 et 212(1)(j) du *Code criminel* selon lesquels il est illégal,

respectivement, de communiquer en public dans le but de se livrer à la prostitution, de tenir une maison de débauche, et de vivre des produits de la prostitution.

Elles alléguaient que ces dispositions portaient atteinte au droit à la liberté des travailleuses sexuelles protégé par l'article 7 de la *Charte canadienne des droits et libertés* (la

*Charte*) en les exposant à un risque d'emprisonnement, et à leur droit à la sécurité en créant des interdictions législatives relatives aux conditions nécessaires pour que le travail sexuel puisse s'exercer dans un environnement sécuritaire, ce qui expose les travailleuses sexuelles à un risque accru de préjudice physique ou psychologique. En ce qui concerne l'article 213(1)(c) (communication), les requérantes soutenaient que la disposition violait le droit des travailleuses sexuelles à la liberté d'expression.

Au soutien de leurs allégations, 21 personnes ont témoigné en faveur des requérantes. Elles ont décrit la nature et la fréquence de la violence physique dont sont victimes les travailleuses sexuelles dans diverses cités et villes du Canada. Les 21 témoins ont tous attesté que le régime légal actuel augmente considérablement le risque de violence infligée aux travailleuses sexuelles.

Divers experts ont également témoigné sur les effets néfastes des dispositions contestées sur la santé et sécurité générale des travailleuses sexuelles, y compris sur la manière dont l'application de l'article 213(1) (c) du *Code criminel* empêche les travailleuses sexuelles de négocier l'utilisation du condom.<sup>2</sup> De plus, la criminalisation de la prostitution empêchait les travailleuses sexuelles d'avoir accès aux services de santé, y compris au dépistage du VIH, et aux services d'éducation, de prévention, de soins, de traitements et de soutien.<sup>3</sup> Les travailleuses sexuelles qui avaient eu accès aux services de santé étaient souvent davantage marginalisées par les attitudes discriminatoires du personnel de la santé.<sup>4</sup>

Le juge Himel, de la Cour supérieure de Justice de l'Ontario, a conclu que les requérantes avaient

démonstré que les dispositions contestées portaient atteinte à leurs droits à la liberté, à la sécurité de la personne et à la liberté d'expression protégés par la *Charte*, et que la violation de ces droits n'était pas justifiée selon l'article 1 de la *Charte*.

En particulier, le juge a conclu qu'il existait des possibilités d'exercer la prostitution de manière à réduire le risque de violence envers les travailleuses sexuelles, et que les dispositions contestées rendaient illégales plusieurs de ces méthodes ou techniques plus sécuritaires. En conséquence, la loi contribuait de manière suffisamment importante à empêcher les travailleuses sexuelles de prendre des moyens pour réduire le risque de violence.

Le juge Himel a donc invalidé les dispositions contestées. Le Procureur général du Canada soutenait que l'invalidation des dispositions sans l'adoption d'autres articles de loi pour les remplacer représenterait un danger pour le public, mais cet argument n'a pas convaincu le juge Himel, qui a conclu que le danger auquel sont exposées les travailleuses sexuelles était considérablement supérieur à tout préjudice susceptible de menacer la population.

Le juge Himel a néanmoins suspendu temporairement sa décision pour permettre aux parties de faire des observations plus complètes sur la question.

Peu après ce jugement historique, le gouvernement fédéral a annoncé son intention d'interjeter appel, et le Procureur général du Canada a présenté une requête en prolongement de la suspension du jugement de la Cour supérieure de Justice de l'Ontario.

Le 22 novembre 2010, le juge Rosenberg, de la Cour d'appel de l'Ontario, a décidé qu'il était dans

l'intérêt public que le jugement soit suspendu jusqu'au 29 avril 2011 pour permettre l'examen de la décision en appel.<sup>5</sup>

L'appel devrait être instruit en juin 2011.

— Sandra Ka Hon Chu

<sup>1</sup> *Bedford c. Canada*, 2010 ONSC 4264 (Cour supérieure de justice de l'Ontario).

<sup>2</sup> Affidavit de Eleanor Maticka-Tyndale, paragraphe 12: Demande conjointe, Volume 12, onglet 45 à la p. 3094.

<sup>3</sup> Voir, par exemple, Sous-comité de l'examen des lois sur le racolage, de la Chambre des communes 2005-03-30, témoignage de Mandip Kharod (Coordonnateur des bénévoles, Asian Society for the Intervention of AIDS): Demande conjointe, Volume 84, onglet 164V, à la p. 25578 et Sous-comité de l'examen des lois sur le racolage, de la Chambre des communes 2005-03-30, témoignage de Evan Smith (Coordonnateur, University of Toronto Genderqueer Group): Demande conjointe, Volume 83, onglet 164P, à la p. 25361.

<sup>4</sup> Voir, par exemple, "Living in Community: Balancing Perspectives on Vancouver's Sex Industry" (Draft): Demande conjointe, Volume 5, onglet 22B à la p. 1079 et «Voices for Dignity: A Call to End the Harms Caused by Canada's Sex Trade Laws»: Demande conjointe, Volume 24, onglet 55M à la p. 7150.

<sup>5</sup> *Bedford c. Canada (Attorney General)*, 2010 ONCA 814.

## C.-B. — Des travailleuses sexuelles autorisées à contester le *Code criminel*

Le 12 octobre 2010, la Cour d'appel de la Colombie-Britannique a accueilli à la majorité l'appel de Shari Kiselbach et de la Downtown Eastside Sex Workers United against Violence Society (SWUAV) concernant leur droit de contester des dispositions du *Code criminel* relatives à la prostitution.<sup>1</sup>

Kiselbach, une ex-travailleuse sexuelle, et la SWUAV, une société à but non lucratif qui a pour but d'améliorer les conditions de travail des travailleuses sexuelles et se compose de femmes qui s'adonnent au travail sexuel ou l'ont fait dans un passé récent, voulaient contester la validité constitutionnelle des articles suivants du *Code criminel* : 210 (tenir une maison de débauche ou s'y trouver); 211 (transporter une personne à une maison de débauche); 212 sauf 212(1)(g) et (i) (vivre des produits de la prostitution); et 213 (solicitation dans un endroit public à des fins de prostitution).

Kiselbach et la SWUAV alléguaient que ces articles violaient leurs droits constitutionnels garantis par les articles 2(b) (liberté d'expression), 2(d) (liberté d'association), 7 (liberté et sécurité de la personne) et 15 (égalité) de la *Charte canadienne des droits et libertés (Charte)*.

Le Procureur général du Canada a demandé à la Cour suprême de la Colombie-Britannique de rejeter l'action, pour le motif que la SWUAV n'était pas directement touchée par la loi, pas plus que Kiselbach, qui n'était plus une travailleuse sexuelle. Il soutenait que ni l'une ni l'autre n'avaient la qualité requise pour intenter l'action. La Cour a approuvé cet argument et a rejeté l'action.<sup>2</sup>

Kiselbach et la SWUAV ont interjeté appel de l'ordonnance. Elles

soutenaient que la Cour suprême de la Colombie-Britannique avait commis une erreur en concluant que Kiselbach n'avait pas d'intérêt personnel pour agir et que ni elle ni la SWUAV n'avaient qualité pour agir dans l'intérêt public. En particulier, elles soutenaient que les travailleuses sexuelles accusées en vertu du *Code criminel* n'ont pas les ressources nécessaires pour exercer une contestation constitutionnelle, ni pour se défendre personnellement.

Un groupe représentant les travailleuses sexuelles était donc mieux placé pour contester la loi. La nature publique du processus judiciaire empêche en effet les travailleuses sexuelles actives de se présenter individuellement pour appuyer une contestation fondée sur la *Charte*, parce qu'elles craignent l'arrestation, les représailles, ainsi que la stigmatisation sociale.

La Cour d'appel de la Colombie-Britannique a convenu que Kiselbach n'avait pas qualité pour agir personnellement, parce qu'elle n'avait pas d'intérêt direct personnel suffisant dans le litige,<sup>3</sup> mais elle a conclu que le jugement de première instance ne reflétait pas pleinement la « nature systémique et globale de la contestation entreprise ». <sup>4</sup> À son avis, la possibilité de préparer la contestation constitutionnelle d'un article du *Code criminel* ne pouvait pas survenir

seulement dans la présentation d'une défense à une accusation criminelle.

La Cour d'appel a conclu que le juge de première instance n'avait pas « accordé suffisamment d'importance à l'ampleur de la contestation constitutionnelle et à la nature systémique et globale de la théorie des demanderesse ». <sup>5</sup> En conséquence, la Cour a jugé que la SWUAV et Kiselbach avaient qualité pour agir dans l'intérêt public relativement à la contestation constitutionnelle, a accueilli l'appel et a annulé l'ordonnance de rejet de l'action.

— Sandra Ka Hon Chu

<sup>1</sup> *Downtown Eastside Sex Workers United Against Violence Society c. Canada (Attorney General)*, 2010 BCCA 439.

<sup>2</sup> *Downtown Eastside Sex Workers United Against Violence Society c. Canada (Attorney General)*, 2008 BCSC 1726.

<sup>3</sup> *Downtown Eastside Sex Workers United Against Violence Society c. Canada (Attorney General)*, 2010 BCCA 439, par. 30.

<sup>4</sup> *Ibid.*, par. 62.

<sup>5</sup> *Ibid.*, par. 66.

## Statut de réfugié refusé à un ressortissant du Swaziland — les personnes vivant avec le VIH ne sont pas « un groupe social particulier »

Le 14 juillet 2009, la Section de la protection des réfugiés de la Commission de l'immigration et du statut de réfugié (CISR) a rejeté la demande d'asile de B.L.H., un homme séropositif originaire du Swaziland.<sup>1</sup> B.L.H. avait fait une demande de statut de réfugié au sens de la Convention pour le motif de son appartenance à un groupe social particulier. Il alléguait une crainte de persécution fondée sur le fait qu'il est séropositif pour le VIH.<sup>2</sup> B.L.H. soutenait également qu'il avait besoin de protection conformément à l'article 97 de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés (LIPR)*.

B.L.H. a eu un diagnostic de VIH en 2003 au Swaziland et il a reçu de l'aide médicale et autre d'un organisme de soutien en lien avec le sida, la Swaziland AIDS Support Organization (SASO). En 2006, B.L.H. est arrivé au Canada et a fait une demande d'asile.

Dans sa demande, B.L.H. a déclaré que sa famille, sa tribu et la société du Swaziland en général le persécutaient du fait qu'il est séropositif. Lorsqu'il a appris qu'il était séropositif, B.L.H. n'a parlé à personne de sa maladie, à cause de la stigmatisation qui entoure le VIH. Il avait en effet observé que l'on fuyait les personnes séropositives au Swaziland. Il craignait en particulier le rejet de sa famille.

Le tribunal de la CISR a retenu la preuve selon laquelle certains membres de la société du Swaziland continuent de stigmatiser les personnes séropositives, mais a noté que ce comportement n'était pas sanctionné par le gouvernement. Il a donc conclu que la séropositivité de B.L.H. ne faisait pas de lui un membre d'un groupe social particulier, au sens de la décision de la Cour suprême dans l'arrêt *Canada (Procureur général) c. Ward*.<sup>3</sup>

À son avis, B.L.H. n'était pas membre d'un groupe social parti-

culier, parce qu'il n'avait pas de « caractéristique innée ou immuable », étant donné qu'il a contracté le VIH « plus tard dans sa vie »; il ne s'était pas « associé volontairement » à d'autres personnes séropositives, puisque les personnes vivant avec le VIH ne forment pas un groupe d'association volontaire; et il ne faisait pas partie d'un groupe associé par un statut volontaire *ancien*, immuable en raison de sa permanence historique.<sup>4</sup>

Selon la prépondérance des probabilités, le tribunal a donc conclu que B.L.H. n'avait pas établi une crainte légitime de persécution, parce qu'il n'était pas membre d'un groupe social particulier, et il a rejeté sa demande de statut de réfugié au sens de la Convention.

En ce qui concerne la question de savoir si B.L.H. était une personne à protéger, le tribunal a noté que B.L.H. avait obtenu un traitement médical gratuit de la SASO lorsqu'il a eu son diagnostic, bien qu'il ait ressenti des effets secondaires qu'il n'a pas éprouvés avec la médication anti-VIH qu'on lui a prescrite au Canada. La CISR a en outre noté qu'il n'existait pas de droit général aux soins de santé pour tous les citoyens du

Swaziland et que seulement un peu plus d'un quart des personnes qui ont besoin de traitements anti-VIH le reçoivent.

Bien que le tribunal ait reconnu que les soins de santé offerts à B.L.H. au Swaziland ne seraient pas équivalents à ceux qu'il recevrait au Canada, il a conclu que la preuve ne donnait pas à penser que l'État refusait l'accès aux traitements pour le VIH pour des motifs discriminatoires.

En conséquence, la CISR a jugé que le risque auquel B.L.H. fait face était fondé sur l'incapacité du Swaziland de fournir des soins de santé adéquats et qu'il n'était donc pas admissible à la protection selon l'article 97 de la *LISR*.

La demande de révision judiciaire présentée par B.L.H. a été accueillie par la Cour fédérale, qui a renvoyé la demande à la Section de la protection des réfugiés pour une nouvelle audition. Au moment de la rédaction du présent texte, la décision sur la nouvelle audition n'avait pas encore été rendue.<sup>5</sup>

### Commentaire

Alors que le tribunal semble avoir finalement conclu que le Swaziland

ne persécute pas les personnes qui vivent avec le VIH, l'application qu'il a faite des critères de l'arrêt *Ward* était clairement une erreur de droit qui ne devrait pas se répéter à l'occasion de la nouvelle audition du cas de B.L.H. devant la Section de la protection des réfugiés.

Le tribunal a jugé que, comme B.L.H. a eu un diagnostic de VIH « plus tard dans sa vie », il n'y avait pas de « caractéristique innée ou immuable » qui le définissait. Cette façon de voir se méprend non seulement sur la nature « immuable » à vie de la maladie, mais également sur la façon dont elle est vécue par les personnes qui en sont atteintes et dont elle est perçue par les autres.

Les personnes séropositives sont souvent définies par le virus, et celui-ci est considéré comme une caractéristique « innée et immuable » qui reflète des traits psychologiques généralement jugés négatifs (par ex., la promiscuité). En retour, cette

conception donne lieu à une stigmatisation et à une discrimination considérables contre les personnes séropositives et conduit à leur marginalisation.

De plus, laisser entendre que la « caractéristique innée et immuable » est strictement une caractéristique avec laquelle on naît divise arbitrairement les personnes qui vivent avec le VIH. Certaines personnes peuvent très bien en effet naître avec le virus, mais souffrir du même type de persécution que les personnes qui ont contracté le VIH après la naissance. Par analogie, des personnes peuvent acquérir une identité religieuse, une nationalité ou des opinions politiques « plus tard dans la vie », et pourtant ce sont tous là des motifs de persécution explicitement reconnus dans la LISR.

En omettant de reconnaître la stigmatisation, la discrimination et la persécution historiquement associées au VIH, de même que le fait que l'infec-

tion par le VIH est un état immuable, la Section de la protection des réfugiés a commis une erreur en concluant que les personnes séropositives ne pouvaient être considérées comme un groupe social particulier susceptible d'être victime de persécution. Cette conclusion reflète les idées fausses qui persistent sur le virus et la nécessité de mieux renseigner la magistrature et la population en général.

— Sandra Ka Hon Chu

<sup>1</sup> B.L.H. (Re), [2009] R.P.D.D. No. 67.

<sup>2</sup> Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés, L.C. 2001, c. 27, art. 96.

<sup>3</sup> Canada (Procureur général) c. Ward, [1993] 2 R.C.S. 689.

<sup>4</sup> B.L.H. (Re) (supra, par. 13).

<sup>5</sup> Entretien personnel avec le cabinet de El-Farouk Khaki, qui a représenté B.L.H. dans le dossier de 2009 à la Section de la protection des réfugiés.

## La Cour fédérale accueille la demande de révision judiciaire d'une femme séropositive originaire de la Jamaïque

**Le 26 janvier 2011, la Cour fédérale a accueilli la demande de révision judiciaire présentée par Ferona Elaine Mings-Edwards. Celle-ci avait fait une demande de résidence permanente fondée sur des motifs d'ordre humanitaire, notamment à cause des mauvais traitements qu'elle subirait en Jamaïque de la part de son ex-conjoint et du fait qu'elle est séropositive.<sup>1</sup>**

Dans sa demande de résidence pour motifs d'ordre humanitaire, Mings-Edwards a décrit la stigmatisation

et la discrimination auxquelles elle serait exposée en Jamaïque en tant que femme séropositive, et elle a

présenté des informations exhaustives sur le traitement réservé là-bas aux personnes séropositives, y compris

l'absence de protection législative contre la discrimination.

Plus particulièrement, les femmes séropositives sont stigmatisées dans la société jamaïcaine, car elles sont considérées comme des femmes de mœurs faciles ou des prostituées, ce qui les expose à de la violence et nuit à leur capacité d'obtenir des soins de santé et d'autres services.

Bien que l'agent d'examen des risques avant renvoi (ERAR) ait reconnu la persistance de la stigmatisation et de la discrimination envers les personnes qui vivent avec le VIH en Jamaïque, ainsi que l'absence de protection législative, il a néanmoins conclu que la protection de l'État existe en Jamaïque et que madame Mings-Edwards n'aurait aucune

difficulté à s'en prévaloir, si elle en avait besoin. L'agent a donc rejeté sa demande pour le motif qu'elle n'avait pas démontré qu'elle serait exposée à des difficultés inusitées, imméritées ou disproportionnées si elle était obligée de retourner en Jamaïque pour faire sa demande de résidence permanente.

Le juge MacTavish, de la Cour fédérale, a conclu que cette décision était déraisonnable, parce que l'agent d'ERAR n'avait pas correctement évalué ou examiné les difficultés auxquelles madame Mings-Edwards ferait face en retournant dans une société où elle serait exposée à des actes de discrimination et de stigmatisation envahissantes à cause de sa séropositivité.

L'agent d'ERAR n'a donc pas évalué correctement les difficultés auxquelles madame Mings-Edwards serait exposée. En conséquence, le juge MacTavish a accueilli la demande de révision judiciaire et a renvoyé l'affaire à un autre agent d'ERAR pour un nouvel examen.

— Sandra Ka Hon Chu

<sup>1</sup> *Mings-Edwards c. Canada (Minister of Citizenship and Immigration)*, [2011] F.C.J. No. 109.

## Québec — Révéler aux membres de son personnel la séropositivité d'un autre salarié est une atteinte au droit à la sauvegarde de la dignité sans discrimination

**Le Tribunal des droits de la personne du Québec a jugé que le fait pour un employeur de divulguer aux membres de son personnel le statut séropositif de l'un de ses salariés constitue une atteinte au droit à la sauvegarde de sa dignité sans distinction ou exclusion fondée sur le handicap, contrairement aux articles 4 et 10 de la *Charte des droits et libertés de la personne (Chartre)*.**

En 2007, faisant suite à une annonce d'emploi pour aide cuisinier dans une cantine mobile de patates frites, Monsieur L s'est rendu à la cantine mobile pour rencontrer le

propriétaire qui lui décrit les tâches à accomplir. Celles-ci se résument principalement à l'épluchage de pommes de terre. Quelques jours après avoir commencé à travailler,

son employeur lui demande de tondre le gazon de sa résidence personnelle. C'est à cette occasion que le salarié, Monsieur L, révèle à son employeur qu'il est séropositif.

Le lendemain, il constate que ses tâches à la cantine mobile ont été modifiées. Il est désormais en charge de tâches d'entretien. En outre, tous les membres du personnel de la cantine ont été informés de son statut. Monsieur L se plaint auprès de son employeur qui lui aurait répondu qu'il ne pouvait pas le faire entrer dans la cuisine de peur de perdre la clientèle. Monsieur L est finalement congédié par son employeur.

Sur la base de ces événements, la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse a saisi le Tribunal des droits de la personne du Québec d'une demande introductive d'instance par laquelle il est allégué que l'employeur a porté atteinte aux droits de Monsieur L d'être traité en toute égalité sans distinction ou exclusion fondée sur le handicap en le congédiant de son emploi de préposé au service à la clientèle et d'aide cuisinier, contrairement aux articles 10 et 16 de la Charte.<sup>1</sup> Il est égale-

ment allégué que, par ce congédiement, l'employeur a porté atteinte au droit du salarié à la sauvegarde de sa dignité sans discrimination fondée sur le handicap contrairement aux articles 4 et 10 de la Charte.

L'employeur a répliqué que compte tenu du manque d'expérience de Monsieur L, il n'aurait jamais accepté de l'embaucher en qualité d'aide cuisinier mais, souhaitant l'aider, lui aurait donné d'autres tâches à accomplir. Ce n'est que lorsque Monsieur L lui aurait demandé d'être rémunéré 10\$ de l'heure qu'il aurait mis fin au contrat jugeant cette demande excessive.

Après avoir reconnu que la séropositivité est un handicap au sens des dispositions interdisant les discriminations, le Tribunal a jugé que la preuve que Monsieur L avait été congédié au motif qu'il était porteur du VIH n'avait pas été rapportée. Il apparaît, que Monsieur L n'avait pas suffisamment d'expérience dans la

restauration rapide, comme requis par l'offre d'emploi.

En revanche, le Tribunal a considéré qu'« [e]n diffusant, même si c'est seulement aux membres de son personnel, [que Monsieur L était porteur du VIH], [l'employeur] faisait en sorte d'exclure monsieur L... des lieux, de le stigmatiser. » Conscient que les « préjugés en matière de VIH ou de sida sont encre tenace et extrêmement répandus », le Tribunal a jugé le comportement de l'employeur inacceptable et fait droit à la demande du salarié en décidant qu'il y avait atteinte à la dignité de Monsieur L et en condamnant l'employeur à lui verser une somme de 1000 \$ à titre de dommages moraux.

— Cécile Kazatchkine

<sup>1</sup> Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse c. Poisson, 2010 QCTDP 15.

## La Cour d'appel de l'Ontario maintient le soutien du revenu de longue durée pour les personnes souffrant de dépendance à l'alcool et à la drogue

Le 16 septembre 2010, la Cour d'appel de l'Ontario a confirmé une décision du Tribunal de l'aide sociale qui avait jugé discriminatoire l'exclusion du soutien du revenu de longue durée pour les personnes souffrant de dépendance à l'alcool ou à la drogue.<sup>1</sup>

En 1999, Robert Tranchemontagne et Norman Werbeski ont présenté une demande de soutien du revenu

de longue durée selon la *Loi sur le programme ontarien de soutien aux personnes handicapées* (LPOSPH).

À l'époque, ils recevaient une aide financière conformément au programme Ontario au travail, qui fournit une



aide financière moins élevée et exige que les bénéficiaires cherchent un emploi.

Le directeur du POSPH a rejeté leurs demandes de soutien, parce qu'ils souffraient de dépendance à l'alcool et à la drogue. L'article 5(2) de la LPOSPH prévoit que n'est pas admissible à l'aide prévue par la loi toute personne dont « la seule limitation importante de ses activités de la vie quotidienne » est attribuable à la dépendance à la drogue et à l'alcool (« groupe de personnes dont le seul handicap est l'alcoolisme ou la toxicomanie », *sole impairment group*).

Ils ont interjeté appel de la décision du directeur au Tribunal de l'aide sociale (TAS) et soutenu que l'article 5(2) était discriminatoire à leur égard pour le motif de leur handicap et était contraire à l'article 1 du *Code des droits de la personne* de l'Ontario (le *Code*).<sup>2</sup> Le TAS avait d'abord jugé qu'il n'était pas compétent pour appliquer le *Code* à la

LPOSPH, mais la Cour suprême du Canada a établi qu'il l'était.

En novembre 2006, le TAS a jugé que l'article 5(2) était discriminatoire et était donc incompatible avec le *Code*. Le directeur du POSPH a porté la décision du TAS en appel à la Cour divisionnaire de l'Ontario, qui a rejeté l'appel.<sup>3</sup> La cause a ensuite été portée en appel à la Cour d'appel de l'Ontario.

Bien que la Cour d'appel de l'Ontario n'ait pas retenu le critère de discrimination proposé par la Cour divisionnaire pour établir une violation du *Code*, elle a néanmoins conclu que la décision du TAS selon lequel l'article 5(2) de la LPOSPH est discriminatoire était conforme au test adopté par la Cour suprême du Canada.<sup>4</sup>

La Cour d'appel a également jugé que le TAS et la Cour divisionnaire de l'Ontario n'avaient pas erré dans leur approche de la preuve présentée par le directeur. Comme aucun

autre motif n'a été présenté, la Cour d'appel a rejeté l'appel du directeur et a confirmé que l'article 5(2) de la LPOSPH est discriminatoire et incompatible avec le *Code*.

— David Bernstein

<sup>1</sup> *Ontario (Disability Support Program) c. Tranchemontagne*, 2010 ONCA 593.

<sup>2</sup> L'article 1 du *Code des droits de la personne* de l'Ontario, L.R.O. 1990, ch. H.19, prévoit que, « Toute personne a droit à un traitement égal en matière de services, de biens ou d'installations, sans discrimination fondée sur la race, l'ascendance, le lieu d'origine, la couleur, l'origine ethnique, la citoyenneté, la croyance, le sexe, l'orientation sexuelle, l'âge, l'état matrimonial, l'état familial ou un handicap. »

<sup>3</sup> *Ontario Disability Support Program c. Tranchemontagne*, 2009 CanLII 18295 (ON S.C.D.C.). Pour de plus amples renseignements sur les décisions de la Cour divisionnaire et du TAS et sur l'historique de la compétence du TAS relative à l'application du *Code des droits de la personne* à la loi, voir S. Chu, « Une décision judiciaire étend le soutien du revenu de longue durée aux personnes ayant une dépendance à l'alcool ou aux drogues », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 14(2) (2009): 43-45.

<sup>4</sup> *R c. Kapp*, 2008 SCC 41.

## Cour fédérale — Un détenu n'a pas droit au choix du médecin

**En décembre 2010, la Cour fédérale a rejeté la demande de révision judiciaire présentée par un ex-détenu relativement à la décision du Service correctionnel du Canada (SCC) de lui refuser le choix de son médecin pendant son incarcération.<sup>1</sup>**

Richard Harnois, qui vit avec le VIH et le virus de l'hépatite C (VHC), a été détenu à l'établissement La Macaza, un pénitencier fédéral situé dans la province de Québec, jusqu'au mois

d'août 2008. À ce moment, Harnois a obtenu une libération d'office afin de purger le dernier tiers de sa peine dans la communauté sous supervision et à certaines conditions. À l'établissement

La Macaza, son médecin était le Dr Jean Robert, qui a continué de le traiter après sa libération d'office.

En avril 2009, le SCC a suspendu la libération d'office de Harnois,

après qu'il eut violé certaines conditions de sa libération. Il a alors été incarcéré à l'établissement Leclerc, un autre pénitencier fédéral au Québec. Au moment de sa réincarcération, Harnois était traité pour le VHC.

Bien que le médecin en poste à l'établissement Leclerc fût le Dr Michel Breton, Harnois a demandé de continuer d'être traité par le Dr Robert. En juin 2009, le SCC a rejeté sa demande. L'une des questions soumises à la Cour fédérale consistait donc à déterminer si Harnois avait le droit d'être traité par le médecin de son choix pendant son incarcération.

La Cour fédérale a souligné que la décision du SCC avait été prise en contexte carcéral et que le décideur avait l'expertise nécessaire dans le domaine de la gestion des pénitenciers. Par conséquent, la norme applicable à la révision judiciaire était celle du caractère raisonnable.

Cependant, le SCC a l'obligation de respecter la loi, y compris de faire en sorte que les détenus reçoivent « les soins de santé essentiels » et qu'ils ont accès, dans la mesure du possible, aux soins de santé mentale non essentiels susceptibles de contribuer à leur réadaptation et au succès de leur réinsertion sociale, conformément aux articles 85 et 86 de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* (LSCMLC).<sup>2</sup> La Cour fédérale s'est également référée à l'article 4(e) de la LSCMLC, qui prévoit que toute personne détenue « continue à jouir des droits et privilèges reconnus à tout citoyen, sauf de ceux dont la suppression ou restriction est une conséquence nécessaire de la peine qui lui est infligée ».<sup>3</sup>

Pour fournir les soins de santé aux détenus, le SCC emploie des méde-

cins qui sont engagés à contrat à titre de médecins conseils et des médecins institutionnels. Selon les dispositions d'une Directive du commissaire, le médecin institutionnel a la responsabilité de prescrire des traitements et des médicaments aux détenus, tandis que le médecin conseil peut faire des recommandations au médecin institutionnel.

Lorsque Harnois est arrivé à l'établissement Leclerc, le Dr Breton a remplacé sa médication antérieure pour le VHC par un traitement conforme au formulaire pharmaceutique du SCC, en partie parce que le dosage antérieur prescrit à Harnois ne respectait pas les critères du SCC pour le traitement du VHC, que la Cour fédérale a jugés compatibles avec les normes reconnues au Canada dans ce domaine.

Harnois soutenait donc que son traitement pour le VHC avait été interrompu par le Dr Breton. La Cour fédérale a statué, toutefois, que le Dr Breton n'avait pas enfreint les standards professionnels et que rien n'indiquait que son opinion médicale était inexacte, déraisonnable ou incompatible avec les normes reconnues par la profession médicale.

Harnois alléguait en outre que le SCC avait refusé de permettre au Dr Robert de le traiter, mais la Cour fédérale a conclu que le SCC ne s'était pas opposé à ce que le Dr Robert donne temporairement des soins à Harnois en communiquant avec le Dr Breton. De l'avis de la Cour, cette position satisfaisait les obligations du SCC selon la LSCMLC et la Directive du commissaire.

Finalement, la Cour fédérale a conclu que les personnes détenues n'avaient pas le droit de choisir leur médecin. Bien qu'il existe un droit

universel à la santé, ce droit n'est pas un droit absolu pour la population en général, ni pour les détenus. À ce titre, la Cour a conclu que la décision du SCC de faire traiter Harnois par le médecin de l'établissement Leclerc était raisonnable, et elle a rejeté sa demande de révision judiciaire.

— Sandra Ka Hon Chu

<sup>1</sup> *Harnois c. Canada (Procureur général)*, [2010] A.C.F. no 1613.

<sup>2</sup> *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*, LRC 1992, c. 20.

<sup>3</sup> *Ibid.*

## L'exclusion relative aux dons de sang est confirmée

Le 8 septembre 2010, la Cour supérieure de l'Ontario a rejeté une requête qui alléguait que la Société canadienne du sang (SCS) violait l'article 15 de la *Charte canadienne des droits et libertés (la Charte)* en refusant les dons de sang de la part d'hommes qui ont eu des relations sexuelles avec des hommes depuis 1977.<sup>1</sup> L'affaire a pris naissance parce que la SCS poursuivait Kyle Freeman, un homosexuel, qui aurait menti sur sa sexualité dans le questionnaire de dépistage dans le but de donner du sang.

Kyle Freeman a fait une demande reconventionnelle, alléguant avoir été victime de discrimination fondée sur l'orientation sexuelle en violation de la *Charte*.<sup>2</sup> Le juge a conclu qu'il s'était rendu coupable de déclaration inexacte entachée de négligence et a accordé à la SCS la somme de 10 000 \$ en dommages-intérêts.<sup>3</sup>

La demande reconventionnelle relative à la discrimination a été rejetée. Le juge a en effet conclu que la *Charte* ne s'appliquait pas aux politiques et activités de la SCS, puisqu'il ne s'agit pas d'une entité gouvernementale.<sup>4</sup> À cet égard, elle a noté que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux avaient consciemment décidé de se dissocier de l'ensemble de la gestion

du système d'approvisionnement sanguin, y compris des questions de santé et sécurité.<sup>5</sup> Le juge a néanmoins laissé entendre que l'exclusion à vie relative aux dons de sang imposée aux hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes était peut-être excessive.<sup>6</sup>

Au procès, la Cour a entendu des arguments juridiques de la part de six groupes: la SCS, le gouvernement du Canada, l'avocat de Kyle Freeman, la Société canadienne de l'hémophilie, EGALE Canada et la Société canadienne du sida. Doug Elliott, l'avocat qui représentait la Société canadienne du sida, a dit que le jugement établissait un dangereux précédent, en permettant aux gouvernements de créer des

organismes autonomes dans le but d'éviter la protection de la *Charte*.<sup>7</sup>

— Alison Symington

<sup>1</sup> *Canadian Blood Services c. Freeman*, [2010] O.J. No. 3811.

<sup>2</sup> N. McKinnon, « Gay blood donor advocates await Kyle Freeman decision », *Xtra*, 2 juillet 2010.

<sup>3</sup> *Canadian Blood Services c. Freeman*, par. 217-223.

<sup>4</sup> *Ibid.*, par. 367.

<sup>5</sup> *Ibid.*, par. 367.

<sup>6</sup> *Ibid.*, par. 608.

<sup>7</sup> D. Butler, « Charter fears arise from court blood ruling: Decision means governments can quash rights by making agencies independent: lawyer », *The Ottawa Citizen*, 10 septembre 2010, p. A1; et K. Makin, « Ruling on gay blood donors stirs fears of 'Charter-free zone' », *The Globe and Mail*, 9 septembre 2010 (en ligne).

## Cour d'appel de la Saskatchewan — Les commissaires de mariage n'ont pas le droit de faire de la discrimination

**La Cour d'appel de Saskatchewan a jugé que le projet de loi qui autoriserait les commissaires de mariage à refuser de célébrer des mariages entre personnes de même sexe pour des motifs d'ordre religieux porterait atteinte aux droits à l'égalité des gais et lesbiennes protégés par la *Charte canadienne des droits et libertés*.<sup>1</sup> La Cour a exprimé son opinion dans un Renvoi concernant des propositions de modification concernant la *Loi sur le mariage*.**

En Saskatchewan, les couples peuvent choisir de se marier dans le cadre d'une cérémonie religieuse ou civile. Les agents religieux peuvent refuser de célébrer n'importe quel mariage pour des motifs d'ordre religieux. Les couples qui souhaitent une cérémonie non religieuse doivent s'en remettre aux commissaires de mariage civil désignés par la province. En pratique, comme plusieurs religions n'approuvent pas les mariages entre personnes de même sexe, la plupart des gais et lesbiennes ne peuvent être mariés que par ces commissaires.

La première modification proposée permettrait aux commissaires nommés le ou avant le 5 novembre 2004 de refuser de célébrer un mariage en se fondant sur leurs croyances religieuses. Une autre modification proposée accorderait le même droit de refus à tous les commissaires, quelle que soit leur date de nomination. La date du 5 novembre 2004 a son importance, parce que c'est celle où la Cour du Banc de la Reine a invalidé l'interdiction relative aux mariages entre personnes de même sexe en Saskatchewan.<sup>2</sup>

La Cour d'appel a jugé que ni l'une ni l'autre des modifications

ne serait constitutionnelle. Le juge Richards a rédigé le jugement de la majorité (au nom de trois juges). Il a conclu que l'objectif des modifications législatives était de respecter les opinions religieuses des commissaires, ce qui était un objectif valide. Toutefois, il a jugé que les modifications auraient pour effet de priver les gais et lesbiennes de leur droit à l'égalité de traitement, protégé par l'article 15(1) de la *Charte*, et que cela n'était pas justifiable selon l'article 1 de la *Charte*.

Le juge Richards a conclu qu'il existait des moyens moins restrictifs pour protéger les commissaires. Il a également conclu que les effets néfastes des modifications l'emporteraient de loin sur tous les avantages possibles. À son avis, permettre aux commissaires de refuser leurs services aux gais et lesbiennes porterait atteinte au principe selon lequel l'État traite tout le monde de manière égale. L'exigence imposée aux commissaires de mariage de célébrer des mariages entre personnes de même sexe ne les empêche pas d'entretenir les croyances religieuses qu'ils veulent ou d'exercer leur religion comme ils l'entendent.

Le juge Smith a rédigé une opinion concordante (au nom de deux juges). Elle a dit douter que la liberté de religion soit vraiment remise en question, car les commissaires célèbrent des mariages civils, précisément conçus comme une solution de rechange aux mariages religieux. La liberté de religion ne comprend pas le droit de poser des actes conformes à ses croyances (par opposition au droit d'avoir ces croyances), quand ces actes ont pour conséquence de porter atteinte aux droits d'autres personnes.

En outre, la liberté de religion comprend une protection contre les croyances religieuses des autres. Un dangereux précédent serait établi si l'on tenait compte des objections religieuses des commissaires, parce que les personnes qui vendent des permis de mariage, louent des salles pour les cérémonies de mariage ou louent des logements aux couples mariés pourraient également soutenir qu'ils devraient avoir le droit de refuser leurs services aux gais et lesbiennes pour des motifs d'ordre religieux. Considérant la valeur douteuse et limitée de l'objectif législatif, comparée à ses effets discriminatoires, le juge

Smith conclut que les modifications législatives proposées ne peuvent se justifier selon l'article 1 de la *Charte*.

— Cynthia Petersen et Christine Davies

Cynthia Petersen (cpetersen@sgmlaw.com) et Christine Davies (cdavies@sgmlaw.com) représentaient Egale Canada Inc., qui avait obtenu le statut d'intervenant dans cette affaire.

<sup>1</sup> *Marriage Commissioners Appointed Under The Marriage Act (Re)*, 2011 SKCA 3.

<sup>2</sup> *N.W. c. Canada (Attorney General)*, 246 D.L.R. (4<sup>th</sup>) 345.

## Droit criminel et transmission du VIH ou exposition

### La Cour d'appel du Manitoba établit un précédent pour l'évaluation du risque relatif à la non-divulagation du VIH

Le 13 octobre 2010, la Cour d'appel du Manitoba, dans une décision unanime, a acquitté Clato Lual Mabior de quatre chefs d'agression sexuelle grave, et lui a accordé une nouvelle audience de détermination de la peine.<sup>1</sup> Mabior avait interjeté appel de sa condamnation pour six chefs d'agression sexuelle grave, un chef d'incitation à des contacts sexuels et un chef de contacts sexuels. Ces condamnations découlaient de relations qu'il avait eues avec six femmes entre février 2004 et décembre 2005. Toutes ces femmes avaient jusqu'alors eu des tests VIH négatifs.

Mabior a eu un diagnostic de séropositivité pour le VIH en janvier 2004. À l'époque, on l'avait renseigné sur divers aspects de la vie avec le VIH, et on lui avait dit d'utiliser des protections pendant les activités sexuelles. Mabior a commencé

un traitement antirétroviral en avril 2004, et par la suite il a fait vérifier sa charge virale tous les trois ou quatre mois. Sa charge virale était faible jusqu'en octobre 2004, où elle était indécélable. Elle l'est demeurée jusqu'en décembre 2004.

Au procès, le juge a conclu que, dans le contexte de non-divulagation du VIH, le risque important de préjudice corporel nécessaire pour constituer une fraude qui vicie le consentement aux relations sexuelles existait même si les relations sexuelles étaient protégées. Elle a conclu que le degré de risque ne deviendrait peu important que si la charge virale était indécélable et que des condoms avaient été utilisés.

Le Réseau juridique canadien VIH/sida a obtenu le statut d'intervenant en appel. Il a soutenu, dans le même sens que la défense, que le juge de première instance avait commis deux erreurs en rapport avec l'évaluation du risque de préjudice. Premièrement, considérant la nature du préjudice potentiel, le juge a exigé qu'il n'y ait absolument aucun risque de transmission. Deuxièmement, elle

a mal interprété la preuve sur le risque de transmission dans les cas de relations sexuelles protégées, et cette erreur était au cœur de son raisonnement.

La Couronne soutenait que l'utilisation du condom et la charge virale indécélable n'avaient pas de rapport avec la question fondamentale du consentement. Toute personne a droit à l'intégrité physique, notamment de disposer des renseignements susceptibles d'influer sur sa décision d'avoir des relations sexuelles et sur la manière de le faire. Par ailleurs, elle alléguait qu'il n'y avait pas suffisamment de données sur les facteurs nécessaires pour réduire la transmission. De son point de vue, compte tenu de la sévérité des conséquences, même un faible risque de préjudice est important.

La Cour d'appel a jugé que le critère juridique pertinent dans les cas de non-divulagation du VIH n'est pas l'élimination du risque. Ce qui constitue un risque important est une question de fait qui doit être évaluée dans chaque cas. Le critère du risque important de préjudice corporel chan-

ge selon l'évolution de la recherche médicale relative au traitement du VIH/sida.

Concernant l'effet de l'utilisation du condom sur le degré de risque, la Cour a conclu, en s'appuyant sur la preuve scientifique, que l'utilisation de condoms rend le risque de transmission moins important, bien qu'elle ne l'élimine pas complètement. La Cour a statué que la question de savoir si des condoms ont ou non été utilisés soigneusement et constamment doit être évaluée dans chaque cas.

La Cour a en outre conclu que la charge virale devait entrer en ligne de compte dans l'évaluation du degré de risque. Cependant, comme la charge virale est mesurée à un moment particulier dans le temps, la Cour ne pouvait pas se prononcer globalement sur son effet. Elle a plutôt conclu que sa pertinence dépend des faits particuliers de chaque cas, de la preuve médicale disponible et de la manière dont la preuve relative à la charge virale est présentée.

Relativement aux faits précis de l'affaire Mabior, la Cour a jugé que le risque était insuffisant, dans plusieurs des chefs, pour conclure qu'une autre personne a été exposée à un préjudice corporel grave. Dans un cas, un condom avait été utilisé et il n'y avait pas de preuve de défectuosité ou d'erreur humaine, de sorte que la Cour a jugé qu'il n'y avait pas eu de risque important de préjudice corporel grave et a acquitté Mabior pour ce chef. Dans trois autres cas, la charge virale de Mabior était très faible, de sorte qu'il n'était très probablement pas contagieux. Dans ces cas, la Cour a acquitté Mabior, malgré des éléments de preuve selon lesquels l'utilisation du condom n'avait pas été constante.

La cause a été portée en appel à la Cour suprême du Canada, où une décision sur la demande de permission d'appeler est pendante.

### Commentaire

La présente affaire contient plusieurs développements importants en ce qui concerne l'évaluation adéquate du risque important de préjudice corporel grave, particulièrement en rapport avec la reconnaissance de l'évolution de la médecine dans la compréhension et le traitement du VIH/sida.

Premièrement, la Cour d'appel du Manitoba a indiqué que l'élimination complète du risque n'est pas nécessaire pour que le risque se situe sous le seuil du risque de préjudice corporel grave. Les juges ont dit que l'utilisation rigoureuse et constante de condoms ou une charge virale indétectable peuvent rendre le niveau de risque inférieur au seuil du risque important. La Cour a spécifiquement rejeté la conclusion du tribunal de première instance voulant que l'utilisation de condoms et la charge virale indétectable soient tous deux nécessaires pour conduire à ce résultat. C'est une décision importante, parce qu'elle offre des moyens de défense aux personnes poursuivies pour non-divulgaration du VIH. De plus, puisqu'une défense fondée sur l'utilisation du condom ou la charge virale indétectable est possible, il peut être plus facile pour les personnes accusées d'opposer une défense que si elles ont l'obligation de faire la preuve des deux éléments.

Ces défenses sont cependant limitées. La Cour n'a pas fait de déclaration sans équivoque sur l'effet de l'utilisation du condom ou de la charge virale sur le degré de risque. Les juges ont plutôt fait une mise en garde selon laquelle l'effet

de l'un et de l'autre doit être évalué à la lumière des faits particuliers de chaque cas. Plus précisément, l'utilisation du condom doit être rigoureuse et constante, et la preuve relative à la charge virale doit être évaluée selon la manière dont elle est présentée, et selon les données médicales actuelles. De plus, la Cour a statué que, si le condom se déchire, la personne qui vit avec le VIH a l'obligation d'informer son ou sa partenaire sexuel pour que cette personne puisse prendre des mesures prophylactiques.

Deuxièmement, à la fin de leur décision, les juges ont remis en doute le principe voulant que le fait d'exposer une autre personne à un risque important de contracter le VIH constituait toujours une mise en danger de la vie, considérant les progrès accomplis dans le traitement du VIH/sida. C'est une conclusion importante, parce que le fait de mettre la vie en danger est un critère qui transforme les voies de fait simples en voies de fait graves, auxquelles correspondent des peines plus sévères.

Les juges ont en effet laissé entendre qu'il serait peut-être temps que la Cour suprême revoie sa décision de 1998 dans l'arrêt *Cuerrier*, où le critère du risque important de préjudice corporel grave en lien avec la non-divulgaration du VIH a été développé.<sup>2</sup> Toutefois, bien que cela indique une reconnaissance de l'évolution de la réalité médicale du VIH/sida, les juges n'avaient pas à se prononcer sur cette question, et leurs commentaires ne lient pas les tribunaux inférieurs.

Cette décision représente donc une évolution positive, quoique prudente, pour les personnes poursuivies pour non-divulgaration du VIH.

— Elizabeth Bingham

Elizabeth Bingham  
(elizabeth.bingham@utoronto.ca) est étudiante en première année à la Faculté de droit de l'Université de Toronto.

## La Cour d'appel du Québec acquitte une femme dont la charge virale était indécélable

Le 13 décembre 2010, la Cour d'appel du Québec a annulé une décision de la Cour du Québec, qui avait déclaré une femme coupable d'agression sexuelle et de voies de fait graves, parce qu'elle avait omis de dire à son partenaire qu'elle était séropositive avant d'avoir une seule fois des relations sexuelles non protégées avec lui.<sup>3</sup> Étant donné que la charge virale de la femme était indécélable, la Cour d'appel a conclu que la relation sexuelle en question n'avait pas exposé le plaignant à un risque important de transmission du VIH.

La femme, D.C., a reçu un diagnostic de VIH en 1991. De 2000 à 2004, elle a entretenu une relation avec le plaignant. Après que leur relation eut pris fin, D.C. a porté plainte contre le plaignant pour violence familiale, et celui-ci a été reconnu coupable.

Le plaignant a subséquemment porté plainte contre D.C. Il alléguait que, au début de leur relation, il avait eu à plusieurs reprises des relations sexuelles non protégées avec elle avant qu'elle lui dise qu'elle était séropositive. Le plaignant n'a pas contracté le VIH.

D.C. soutenait qu'ils n'avaient eu des relations sexuelles qu'une seule fois avant qu'elle lui dise qu'il était séropositif, et qu'ils avaient utilisé des condoms par la suite. De plus,

D.C. avait une charge virale indécélable à l'époque.

La Cour du Québec a conclu que le couple avait eu des relations sexuelles non protégées une fois avant que D.C. ne dévoile sa séropositivité au plaignant. Parce qu'elle n'a pas tenu compte du fait que la charge virale de D.C. était indécélable, la Cour a conclu que cet acte unique avait exposé le plaignant à un risque important de préjudice corporel grave et a déclaré D.C. coupable d'agression sexuelle et de voies de fait graves. La Cour a condamné D.C. à une peine de 12 mois à purger dans la communauté.

La Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-SIDA) et le Réseau juridique canadien VIH/sida sont intervenus au stade de l'appel et ont soutenu que les personnes qui vivent avec le VIH ne devraient pas être déclarées coupables pour non-divulgateur si un condom a été utilisé ou si leur charge virale était indécélable au moment opportun.

La Cour d'appel du Québec a refusé de se prononcer sur la question de savoir si les relations sexuelles protégées posaient un risque important de transmission du VIH, parce qu'elle a confirmé le jugement de la cour de première instance selon lequel D.C. avait eu des relations sexuelles *non protégées* avec le plaignant avant de lui dire qu'elle était séropositive.

La question centrale consistait donc à déterminer si cette seule relation sexuelle non protégée avait exposé le plaignant à un risque important de transmission du VIH. Alors que le juge de première instance n'a pas tenu compte de la charge virale indécélable de D.C., ce facteur a été crucial dans la décision de la Cour d'appel de l'acquitter. La

Cour a confirmé que l'obligation de divulgation n'existe que quand la preuve démontre qu'il existe un « risque important » de transmission du VIH, et elle a rejeté l'argument de la Couronne selon lequel, étant donné la gravité du VIH, *tout* risque de transmission est un risque important.

Dans le cas présent, les experts médicaux ont estimé le risque de transmission à 1 par 10 000 lorsque la charge virale est indécélable, et ils ont qualifié ce risque de « vraiment minimal » et très, très faible.<sup>4</sup> À la lumière de cette preuve et du fait que le couple n'avaient eu des relations sexuelles non protégées qu'une seule fois avant que D.C. dévoile sa séropositivité au plaignant, la Cour d'appel a conclu que le plaignant n'avait pas été exposé à un « risque important de préjudice corporel grave », et elle a acquitté D.C.

Au moment de la rédaction du présent article, la Couronne avait déposé une demande de permission d'appeler à la Cour suprême du Canada.

### Commentaire

Cette décision de la Cour d'appel du Québec représente un important pas en avant dans la reconnaissance du fait que la charge virale indécélable en elle-même ne comporte pas nécessairement un risque important de transmission du VIH et par conséquent ne donne pas toujours naissance à une obligation de divulgation. Elle est conforme à une tendance du droit pénal canadien selon laquelle la charge virale doit être prise en compte dans l'évaluation du risque de transmission du VIH d'un point de vue juridique.<sup>5</sup>

Cependant, la Cour a pris soin de ne pas poser en règle générale que la charge virale indécélable supprime l'obligation de divulguer la

séropositivité. L'analyse du risque continuera donc d'être faite cas par cas, en tenant compte des faits et de la preuve médicale de chaque cas particulier.

En ce qui concerne l'utilisation du condom, étant donné que la Cour d'appel a conclu que, la seule fois où des relations sexuelles ont eu lieu avant la divulgation, celles-ci ont été non protégées, la décision n'aborde pas la possibilité qu'un condom puisse réduire le risque de transmission à un niveau inférieur au seuil du « risque important ».

— Sandra Ka Hon Chu

### **Une condamnation pour agression sexuelle grave met en lumière les facteurs à considérer dans l'évaluation judiciaire des risques relatifs à la non-divulgation du VIH**

Le 23 août 2010, la Cour suprême de la Colombie-Britannique a déclaré Adrian Sylver Nduwayo coupable de cinq chefs d'agression sexuelle grave.<sup>6</sup> Nduwayo avait été accusé de sept chefs d'agression sexuelle grave pour avoir omis de divulguer sa séropositivité dans ses relations avec sept femmes différentes entre 1997 et 2003. Quatre de ces femmes ont eu par la suite des tests VIH positifs.

Nduwayo a eu un diagnostic de séropositivité pour le VIH en 1996. À l'époque, ses médecins l'ont informé qu'il lui faudrait utiliser des moyens de protection pendant les relations sexuelles et qu'il devrait dire à ses partenaires sexuelles potentielles qu'il était séropositif. Nduwayo a participé à une étude médicale de

1996 à 1998, et pendant cette période il a reçu des traitements pour le VIH. En 1999, cependant, il a cessé de prendre sa médication à cause d'effets secondaires indésirables.

En 2005, Nduwayo a subi un premier procès pour avoir omis de divulguer sa séropositivité. Il a été déclaré coupable de cinq chefs d'agression sexuelle grave et d'un chef de tentative d'agression sexuelle grave, et il a été condamné à quinze ans d'emprisonnement. Cette décision a été invalidée par la Cour d'appel de la Colombie-Britannique en 2008 pour le motif que le juge n'avait pas suffisamment mis le jury en garde contre l'utilisation du témoignage d'une plaignante dans l'évaluation de la culpabilité de l'accusé relative à un autre chef. La Cour d'appel a alors ordonné la tenue d'un nouveau procès.

Au procès de 2010, les plaignantes ont témoigné que Nduwayo était réticent à utiliser des condoms. Elles ont toutes soutenu qu'il avait, à certaines occasions et d'une façon ou d'une autre, nié qu'il était séropositif.

Pendant son procès, la défense a soutenu que la question principale consistait à déterminer si la Couronne avait prouvé qu'il existait un risque important de préjudice corporel grave dans les relations sexuelles que Nduwayo avait eues avec les plaignantes. Dans un contexte de non-divulgation du VIH, ce risque constitue une preuve de fraude, et la fraude annule le consentement aux relations sexuelles. La défense alléguait que, pour déterminer s'il existait ou non un risque important de préjudice corporel grave, la Cour devait examiner certains facteurs autres que l'utilisation du condom, comme la charge virale, le type d'activité sexuelle, le fait qu'il y ait eu

éjaculation ou non et la présence de plaies ou de lésions.

Le juge a convenu que la question centrale, pour déterminer si Nduwayo était coupable ou innocent, consistait à établir si son omission de divulguer sa séropositivité avait constitué un risque important de préjudice corporel grave. D'après lui, deux points doivent être examinés pour évaluer si des actions constituent un risque important de préjudice corporel.

Premièrement, il faut déterminer le degré de risque en lien avec la possibilité de transmission. Plusieurs variables doivent être prises en compte dans cette partie de l'analyse, dont l'utilisation du condom, la charge virale de l'accusé au moment opportun et le type d'activité. En général, le degré de risque nécessaire doit être plus que « mineur ou négligeable », mais ne doit pas forcément être « élevé ou très probable ». En ce qui concerne l'utilisation du condom, le juge a dit que l'on peut conclure que l'utilisation soigneuse du condom réduit suffisamment le risque de préjudice pour que l'on puisse le considérer non important.

Deuxièmement, la gravité du préjudice possible doit être considérée. Le juge a conclu que le fait de contracter le VIH entraîne des conséquences sérieuses pour la santé et le bien-être général de la personne.

Le juge a finalement déclaré Nduwayo coupable de cinq des sept chefs. Relativement à un des chefs, Nduwayo a été acquitté parce qu'il y avait un doute sur le fait qu'un condom avait été utilisé ou non, la seule fois où il avait eu des relations sexuelles avec la plaignante. Nduwayo avait droit au bénéfice du doute sur ce point, alors le juge a conclu qu'il avait eu des relations sexuelles protégées à cette occasion.



Il a également conclu que cela ne constituait pas un risque important de préjudice corporel.

Pour ce qui est du deuxième chef pour lequel Nduwayo a été acquitté, le juge a conclu que, selon la preuve présentée, des relations sexuelles non protégées avaient eu lieu une seule fois. Considérant que la plaignante n'avait pas contracté l'infection, le juge a conclu qu'une seule incidence de relations sexuelles non protégées ne constituait pas un risque important de préjudice corporel grave.

### Commentaire

La présente affaire illustre les différents facteurs qu'un tribunal peut prendre en considération lorsqu'il applique le critère juridique de « risque important de préjudice corporel ».

Premièrement, le tribunal délimite le degré de risque suffisant pour conclure qu'il y avait un risque important de préjudice corporel grave. En particulier, le juge indique que le préjudice doit être plus que « mineur ou négligeable », mais qu'il ne doit pas forcément être « élevé ou très probable ». Il ne s'agit peut-être pas là d'une directive très précise, mais elle indique qu'un certain degré de risque est acceptable.

Deuxièmement, le juge considère que l'utilisation du condom est un facteur clé. Lorsqu'un condom a été convenablement utilisé — ou potentiellement utilisé — et qu'il n'y a pas eu infection, l'infraction d'agression sexuelle grave n'est pas prouvée au-delà du doute raisonnable.

Troisièmement, la fréquence des relations sexuelles a également été considérée comme un facteur clé dans la décision. Une seule incidence de relations sexuelles non protégées, sans qu'il y ait preuve de transmis-

sion du VIH, n'a pas été considérée comme un risque important de préjudice corporel. Cette conclusion est particulièrement remarquable, car aucun moyen évident de réduction des risques (par ex. utilisation du condom ou charge virale indécélable) n'était présent.

Enfin, la preuve de la charge virale de Nduwayo n'a été présentée qu'en rapport avec un seul chef. Le juge a tenu compte de cet élément, et il a décidé qu'il existait un risque important de préjudice corporel grave. Il est possible qu'il ait pris cette décision, parce que la charge virale de Nduwayo n'était pas suffisamment faible au moment opportun.

— Elizabeth Bingham

Elizabeth Bingham  
(elizabeth.bingham@utoronto.ca) est étudiante en première année à la Faculté de droit de l'Université de Toronto.

### Acquittement dans une affaire de non-divulgence de la séropositivité

M. P. a été poursuivi pour agression sexuelle grave pour non divulgation de sa séropositivité avant d'avoir des relations sexuelles avec sa voisine Mme E. entre le 1<sup>er</sup> août et le 28 octobre 2008. Celle-ci témoigne à l'effet qu'ils auraient eu des attouchements sexuels et au moins dix relations sexuelles complètes non protégées sans qu'il ne lui révèle sa séropositivité.

Pour sa part, l'accusé indique qu'ils n'auraient eu que des attouchements sexuels et deux relations complètes protégées. Il indique également avoir divulgué sa séropositivité.<sup>7</sup>

Selon le juge, les parties se sont mis d'accord sur le fait que la seule véritable question en litige est de savoir si l'accusé « a omis malhonnêtement de divulguer sa séropositivité » à sa voisine. Il est précisé, que « si oui, le consentement de madame E. à avoir des rapports sexuels avec M. P. [serait] vicié par la fraude ». Estimant que le témoignage de l'accusé et de Mme E. soulevaient un doute raisonnable quant à la culpabilité de M. P., celui-ci fut acquitté. Le juge a notamment tenu compte du contexte dans lequel Mme E. avait porté plainte, à savoir, après une dispute qui n'avait rien à voir avec la séropositivité de M. P.

### Commentaire

Cette décision illustre l'importance fondamentale de la question de la crédibilité de parties dans les affaires de non divulgation du VIH. Elle soulève aussi des inquiétudes quant à la définition des termes du litige par les parties et le juge.

En effet, au vu de la formulation retenue dans cette décision, il semble que le seul fait de ne pas divulguer sa séropositivité avant d'avoir « des rapports sexuels » puisse suffire à vicier le consentement par la fraude sans qu'il ne soit nécessaire de s'interroger sur le niveau de risque de transmission du VIH associé aux rapports sexuels en cause. Ceci est surprenant compte tenu du fait que la Cour suprême du Canada a clairement établi qu'il ne peut y avoir de fraude au consentement que si la non-divulgation a pour effet d'exposer le partenaire sexuel à un « risque important » de transmission.<sup>8</sup>

Or en l'espèce, il n'était pas clairement établi, compte tenu des témoignages contradictoires des parties, que le couple avait eu des relations

non protégées représentant un risque important de transmission. La question du risque de transmission aurait donc dû être posée.

— *Cécile Kazatchkine*

## Deux ans de prisons pour non divulgation de la séropositivité

R. M. a plaidé coupable au chef d'accusation d'agressions sexuelles graves relativement à trois relations orales et six relations vaginales non protégées sans divulgation préalable de sa séropositivité. Sa partenaire n'a pas été infectée.

R. M. a été condamné à une peine d'emprisonnement de deux ans moins un jour assortie d'une probation d'une durée de trois ans, exigeant notamment, le suivi d'une « thérapie pouvant l'aider à accepter et mieux connaître sa maladie. »<sup>9</sup>

### Commentaire

Cette décision est inquiétante. Tout d'abord, elle montre que l'accusé a plaidé coupable pour des rapports oraux non protégés bien qu'il n'y ait pas de risque important de transmission. Le bienfondé du plaidoyer de culpabilité est également questionnable s'agissant des rapports vaginaux non protégés.

En effet, le rapport pré-sentenciel indique que R. M. ne croyait pas avoir exposé la victime à un risque important de transmission du VIH puisque sa charge virale était indétectable et qu'il n'avait pas éjaculé en elle.

Enfin, le juge de la peine, tout en admettant que ces propos semblaient « nuancer des éléments essentiels de

l'infraction admis lors du plaidoyer », a choisi de les retenir contre R. M. pour établir l'existence d'un risque de récurrence justifiant un suivi thérapeutique, bien qu'il soit désormais marié.

Le juge a estimé que R. M. avait fait « preuve de pensée magique » sur les risques de transmission et jugé qu'il « se déresponsabilisa[ait] avec ses croyances de complaisance ». Ces « croyances » étaient en effet incompatibles avec les recommandations de son médecin prônant l'abstinence au moment de son diagnostic en 1993 et R. M. se semblait jamais s'être renseigné davantage sur les risques de transmission.

Un tel raisonnement souligne le besoin criant de garantir une meilleure information des professionnels de justice sur l'évolution du VIH depuis les années 90 et la complexité de la notion de risque de transmission.

— *Cécile Kazatchkine*

## Ontario — Un homme séropositif est acquitté d'agression sexuelle grave

Le 17 décembre 2010, la Cour supérieure de justice de l'Ontario a acquitté Patrick Pottelberg d'agression sexuelle grave, parce qu'elle avait un doute raisonnable sur le fait que le plaignant aurait refusé d'avoir des relations sexuelles non protégées s'il avait su que Pottelberg était séropositif.<sup>10</sup>

Pottelberg a appris qu'il était séropositif en 2006 par son médecin et ami Rice.<sup>11</sup> En décembre 2007, le plaignant, N.B., s'est rendu à la résidence de Rice, où habitait également Pottelberg. Le plaignant et Pottelberg ont alors eu des relations sexuelles non protégées; et leurs relations

sexuelles se sont poursuivies pendant huit mois sans que jamais Pottelberg ne mentionne le fait qu'il était séropositif pour le VIH. Lorsque N.B. a subséquemment subi un test VIH qui s'est révélé positif, il en a discuté avec Pottelberg, et celui-ci lui a alors avoué qu'il était séropositif.

La Cour supérieure de l'Ontario a conclu que Pottelberg n'avait pas informé N.B. de sa séropositivité avant d'avoir des relations sexuelles avec lui, et que le consentement de N.B. aux relations sexuelles avait été vicié par cette non-divulgation. Toutefois, N.B. a eu des relations sexuelles non protégées aussi bien avant qu'après avoir rencontré Pottelberg. Comme il existait une possibilité que N.B. ait contracté le VIH d'un tiers, la Couronne ne pouvait pas prouver que Pottelberg avait mis la vie de N.B. en danger.

Suivant la décision de la Cour suprême du Canada dans *R. c. Williams*<sup>12</sup>, qui a établi les critères à suivre pour les infractions de tentative d'agression, la Couronne soutenait que Pottelberg s'était rendu coupable de tentative d'agression. Pour réussir, la Couronne devait prouver que Pottelberg avait l'intention de commettre l'infraction de voies de fait graves, et le fait qu'il était impossible dans les circonstances de commettre l'infraction complète d'agression sexuelle grave (puisque N.B. pouvait avoir déjà contracté le VIH) était sans importance.

La défense soutenait que Pottelberg avait cru erronément à l'existence d'un consentement, parce qu'il croyait que Rice avait dit à N.B. qu'il était séropositif avant qu'ils aient des relations sexuelles. La défense soutenait en outre que la Couronne n'avait pas prouvé que N.B. n'aurait pas consenti à avoir des

relations sexuelles non protégées s'il avait su que Pottelberg était séropositif. Comme l'a dit la Cour suprême du Canada dans *R. c. Cuerrier*, la Couronne a l'obligation de prouver que le plaignant n'aurait pas consenti, s'il avait su que l'accusé était séropositif.<sup>13</sup>

N.B. a déclaré au procès qu'il n'aurait pas consenti à avoir des relations sexuelles avec Pottelberg s'il avait su qu'il était séropositif, mais la Cour a conclu qu'il y avait des incohérences entre le témoignage de N.B. au procès et ce qu'il avait déclaré à l'enquête préliminaire. Comme N.B. savait comment le VIH se transmet, puisqu'il avait travaillé comme bénévole dans une clinique sur le sida et que Pottelberg présentait des signes visibles de sa maladie lorsqu'ils ont eu des relations sexuelles la première fois, la Cour a dit entretenir un doute raisonnable que N.B. n'aurait pas consenti à avoir des relations sexuelles avec Pottelberg si ce dernier lui avait dit qu'il était séropositif. La Cour a donc acquitté Pottelberg pour ce motif.

— David Bernstein

David Bernstein (dw.bernstein@utoronto.ca) est étudiant en première année à la Faculté de droit de l'Université de Toronto.

## Un résident d'Edmonton est condamné à trois ans de prison pour n'avoir pas informé une femme qu'il était séropositif avant les relations sexuelles

John Duane Gilbertson avait d'abord été accusé d'agression sexuelle grave pour avoir omis d'informer une

femme qu'il était séropositif avant d'avoir des relations sexuelles avec elle. Bien que Gilbertson ait dit à la juge Marilena Carminati, de la Cour provinciale d'Alberta, qu'il prenait des médicaments anti-VIH et que sa charge virale était « à peine détectable », il a plaidé coupable en août 2010 à l'infraction moindre de voies de fait graves, après avoir reconnu qu'il n'avait pas parlé de sa séropositivité à la plaignante avant d'avoir des relations sexuelles avec elle.<sup>14</sup>

Gilbertson a été arrêté le 3 juin 2010 après que ses colocataires, qui savaient qu'il était séropositif, eurent appelé la police lorsqu'ils l'ont trouvé au lit avec une femme en rentrant chez eux. Les rapports de presse ne précisent pas si les relations sexuelles ont été protégées ou non, mais la plaignante était apparemment en état d'ébriété et a eu du mal à expliquer aux policiers ce qui s'était produit.<sup>15</sup>

Gilbertson a été condamné à trois ans de prison. La juge lui a également ordonné de fournir un échantillon d'ADN pour la banque nationale de données génétiques et lui a interdit de posséder des armes à feu à vie.<sup>16</sup>

— Sandra Ka Hon Chu

## Un homme est acquitté d'agression sexuelle grave dans un contexte de non-divulguation alléguée

Le 21 janvier 2011, la Cour du Banc de la Reine de l'Alberta a acquitté Patient Simpenzwe d'une accusation d'agression sexuelle grave, qui avait été portée contre lui parce qu'il aurait eu des relations sexuelles non protégées avec une femme sans lui dire qu'il était séropositif.<sup>17</sup>

Selon la plaignante, Simpenzwe l'aurait forcée deux fois à avoir des relations sexuelles avec lui à son domicile d'Edmonton. Selon la preuve présentée au procès, des condoms ont été saisis au domicile de Simpenzwe, et au moins deux d'entre eux portaient des traces d'ADN de la plaignante. L'avocat de Simpenzwe soutenait que son client n'avait pas caché sa séropositivité et avait utilisé un condom à l'occasion des relations sexuelles consensuelles.<sup>18</sup>

Après deux heures de délibérations, le jury a déclaré Simpenzwe non coupable d'agression sexuelle grave.<sup>19</sup>

— Sandra Ka Hon Chu

## Un homme séropositif expulsé du Canada est l'objet d'un mandat d'arrestation pour agression sexuelle grave

En mai 2010, Vinroy Spencer a été expulsé du Canada vers un pays des Caraïbes après avoir été déclaré coupable de voies de fait et de voies de fait graves. Après son expulsion, le service de police de Hamilton a délivré un mandat d'arrestation contre lui en juillet pour l'infraction d'agression sexuelle grave, parce qu'il aurait omis de dire à sa petite amie qu'il était séropositif pendant leur relation, qui a duré cinq ans.<sup>20</sup> La plaignante aurait appris que Spencer était séropositif en prenant connaissance du document d'appel de son expulsion. Elle a subséquemment subi un test VIH qui s'est révélé positif.

Malgré un avis de la police de Hamilton relativement aux accusations en suspens, l'Agence des Services

frontaliers du Canada a expulsé Spencer, parce que son cas était considéré comme « hautement prioritaire », compte tenu de ses condamnations antérieures.<sup>21</sup> Le mandat contre Spencer est toujours en suspens.

— *Sandra Ka Hon Chu*

<sup>1</sup> *R. c. Mabior*, [2010] 2010 MBCA 93 (Cour d'appel du Manitoba).

<sup>2</sup> *R. c. Cuerrier*, [1998] 2 R.C.S. 371 (Cour suprême du Canada).

<sup>3</sup> *R. c. D.C.*, 2010 QCCA 2289.

<sup>4</sup> COCQ-SIDA, *R. c. D.C.*: Résumé de la décision de la Cour d'appel du Québec, 2010.

<sup>5</sup> Ibid.

<sup>6</sup> *R. c. Nduwayo*, [2010] 2010 BCSC 1467 (Cour suprême de Colombie-Britannique).

<sup>7</sup> *R. c. Parenteau*, 2010 CSON 1500.

<sup>8</sup> *R. c. Cuerrier*, [1998] 2 S.C.R. 371.

<sup>9</sup> *R. c. Mercier*, 2011 QCCQ 198.

<sup>10</sup> *R. c. Pottelberg*, 2010 ONSC 5756.

<sup>11</sup> Le prénom n'est pas mentionné dans la décision.

<sup>12</sup> *R. c. Williams*, 2003 CSC 41.

<sup>13</sup> *R. c. Cuerrier*, (1998) 127 C.C.C. (3d) 1.

<sup>14</sup> T. Blais, « HIV-risky sex earns man three years in slammer », *The Edmonton Sun*, 14 août 2010, p. 5.

<sup>15</sup> Ibid.

<sup>16</sup> Ibid.

<sup>17</sup> T. Blais, « HIV man cleared in sex assault charge », *Edmonton Sun*, 22 janvier 2011, p. 4.

<sup>18</sup> T. Blais, « Woman knew accused was HIV positive: Defence », *Toronto Sun*, 21 janvier 2011.

<sup>19</sup> « HIV man cleared in sex assault charge » (supra).

<sup>20</sup> N. O'Reilly, « Woman hurt that 'lover' won't face charges », *The Hamilton Spectator*, 25 septembre 2011.

<sup>21</sup> Ibid.

# LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX — INTERNATIONAL

On trouve sous cette rubrique des résumés 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 Mikhail Golichenko ([mgolichenko@aidslaw.ca](mailto:mgolichenko@aidslaw.ca)), analyste principal des politiques au Réseau juridique canadien VIH/sida et rédacteur en chef de la présente section. Sauf indication contraire, les articles de la section ont été rédigés par Patricia Allard, directrice adjointe du Réseau juridique.

## Chine — Un tribunal conclut qu'un conseil scolaire n'a pas agi de manière discriminatoire en refusant d'engager un candidat séropositif

Le 11 novembre 2010, la Cour de district de Anqing Yinjiang a conclu qu'un conseil scolaire local ne s'était pas rendu coupable de discrimination illicite envers un diplômé séropositif, lorsqu'il a décidé de ne pas l'engager en découvrant qu'il était séropositif.<sup>1</sup>

Le juge a approuvé l'argument du conseil selon lequel les règlements qui excluaient les fonctionnaires séropositifs l'emportaient sur une loi,

adoptée quatre ans auparavant, qui protège les personnes vivant avec le VIH contre la discrimination dans l'emploi. Cette mesure, adoptée par

le Conseil d'État, le principal organe administratif en Chine, interdit à tout établissement ou individu de faire de la discrimination contre les personnes

vivant avec le VIH ou le sida et leur famille.<sup>2</sup>

Après avoir obtenu son diplôme d'un collègue à Anqing et avoir passé plusieurs entrevues, le demandeur — qui utilisait le pseudonyme Xiao Wu dans les documents juridiques pour cacher son identité — a appris son état lorsque le conseil d'éducation municipal a décidé de ne pas l'engager parce qu'il avait échoué son examen médical. Il a dit qu'il ne savait pas qu'il était séropositif avant l'examen et qu'il n'avait aucune idée de la manière dont il avait contracté la maladie.<sup>3</sup>

La cause était intéressante pour les activistes du sida, qui, depuis plusieurs années, voient les tribunaux rejeter des poursuites pour discrimination dans l'emploi avant le début des procès. La couverture médiatique locale de l'affaire était favorable et, compte tenu des lois

adoptées par le gouvernement central contre la discrimination, les avocats espéraient un résultat positif qui établirait un précédent. Ils craignent maintenant que la décision ait l'effet contraire, c'est-à-dire qu'elle serve de précédent aux employeurs qui ne veulent pas engager de personnes séropositives<sup>4</sup>

« La cause illustre l'ignorance de la population sur les modes de transmission de la maladie. La discrimination découle de l'ignorance et de la panique », a déclaré Zhang Beichuan, un expert chinois réputé dans le domaine du sida.<sup>5</sup>

Le demandeur a déjà interjeté appel de la décision.

« Je ne suis pas le premier à subir de la discrimination fondée sur la séropositivité, et je ne serai certainement pas le dernier. Mais je vais continuer à lutter pour les droits

des 740 000 personnes séropositives de Chine », a dit Wu.<sup>6</sup>

<sup>1</sup> A. Jacobs, « H.I.V. Discrimination Law Fails in Chinese Court », *The New York Times*, 12 novembre 2010. En ligne: [www.nytimes.com/2010/11/13/world/asia/13china.html?\\_r=1](http://www.nytimes.com/2010/11/13/world/asia/13china.html?_r=1).

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> « College graduate appeals to higher court after losing China's 1st HIV-related job bias suit », *People's Daily Online*, 29 novembre 2010. En ligne: <http://english.peopledaily.com.cn/90001/90776/90882/7215108.html>.

<sup>4</sup> A. Jacobs (supra).

<sup>5</sup> « College graduate appeals to higher court after losing China's 1st HIV-related job bias suit » (supra).

<sup>6</sup> Ibid.

## Afrique du Sud — Un homme séropositif a gain de cause dans une action pour congédiement injustifié

**Un instructeur d'équitation primé et gérant d'écurie qui avait été congédié par son ex-employeur en 2008 parce qu'il était séropositif a eu gain de cause devant un tribunal de Johannesburg en février 2011. L'employeur a été condamné à payer un an de salaire à l'homme, plus ses frais judiciaires.<sup>1</sup>**

Gary Allpass a été congédié du Mooikloof Estates à Pretoria après que son patron lui eut demandé de remplir un formulaire où il devait déclarer s'il prenait des médicaments

à long terme. Allpass, qui vivait avec le VIH depuis plus de 20 ans, a révélé sur le formulaire qu'il prenait des médicaments anti-rétroviraux. La semaine suivante, il était congédié et

expulsé du logement réservé au personnel.<sup>2</sup>

Dans un avis de congédiement formel, l'employeur a déclaré que le motif du congédiement était « décla-

ration frauduleuse ». Mooikloof Estates a dit au tribunal que Allpass avait été congédié à cause d'une rupture du lien de confiance, parce qu'il avait été « malhonnête à propos de sa maladie ».<sup>3</sup>

Dans sa décision, le juge Urmila Bhoola a observé que le congédiement d'employés pour le motif qu'ils sont séropositifs est largement considéré comme de la discrimination, à moins que l'employeur puisse démontrer que l'état sérologique négatif est une qualité inhérente à l'emploi.

Selon le juge Bhoola, il est reconnu en droit que le requérant n'avait aucune obligation de divulguer sa séropositivité à un employeur potentiel et que ce serait une violation de

son droit à la dignité et à la vie privée que de s'attendre à ce qu'il le fasse. C'est ce qui a été le motif principal de son congédiement.<sup>4</sup>

Le juge a également dit qu'aucun motif médical ou physique n'empêchait Allpass de faire son travail. Il a ajouté que la notion selon laquelle le VIH et le sida sont synonymes de grave maladie est très répandue, mais que ce stéréotype donne lieu à la perte de dignité.<sup>5</sup>

« Nous avons beaucoup de cas comme celui-ci et cela indique qu'il y a encore un problème chez certains employeurs, surtout les plus petits », a dit Mark Heywood, de Section 27, un groupe de défense des droits de la personne qui a offert de l'aide juridique à Allpass. « Nous espérons que

le message [concernant cette victoire] sera entendu par des milliers de personnes et qu'ainsi les personnes qui vivent avec le VIH sachent que la loi est là pour les protéger. »<sup>6</sup>

<sup>1</sup> « Estate to pay HIV+ man », iafrica.com, 16 février 2011. En ligne: <http://news.iafrica.com/sa/706722.html>.

<sup>2</sup> A.D. Smith, « SA court condemns HIV sacking », Radio France International, 18 février 2011. En ligne: [www.english.rfi.fr/africa/20110218-sa-court-condemns-hiv-sacking](http://www.english.rfi.fr/africa/20110218-sa-court-condemns-hiv-sacking).

<sup>3</sup> « Estate to pay HIV+ man » (supra).

<sup>4</sup> Ibid.

<sup>5</sup> A. D. Smith (supra).

<sup>6</sup> « Estate to pay HIV+ man » (supra).

## La décision de la ville de Moscou d'interdire les marches de la fierté gaie viole la Convention européenne des droits de l'homme

**Le 21 octobre 2010, la Cour européenne des droits de l'homme a jugé que le bureau de l'ex-maire de Moscou Yuri Luzhkov avait porté atteinte aux droits à la liberté de réunion et à la protection contre la discrimination des Russes qui avaient tenté d'organiser les marches de la fierté gaie (gay pride) à Moscou, la capitale de la Russie, ou d'y participer.<sup>1</sup>**

Le requérant en l'instance, Nikolay Alekseyev, était l'un des organisateurs de plusieurs marches planifiées en 2006, 2007 et 2008, qui avaient pour but d'attirer l'attention publique sur la discrimination contre les gays

et lesbiennes en Russie et de promouvoir la tolérance et le respect des droits de la personne.

À de nombreuses occasions, les organisateurs ont déposé au bureau du maire des avis annonçant leur

intention de tenir les marches. Ils ont également entrepris de collaborer avec les autorités policières pour assurer la sécurité et le respect de l'ordre public et se sont engagés à respecter les règlements sur le bruit

dans l'utilisation de haut-parleurs et de matériel de sonorisation.

Le bureau a néanmoins rejeté les demandes des organisateurs, invoquant la nécessité de protéger l'ordre public, la santé, la morale et les droits et libertés des autres, ainsi que d'empêcher les émeutes. Luzhkov et son personnel auraient également déclaré à la presse que « le gouvernement de Moscou n'envisagerait même pas l'organisation de marches de gais » et qu'en aucune circonstance une parade de la fierté gaie ne serait autorisée à Moscou « aussi longtemps que le maire de la ville serait en poste ».<sup>2</sup>

Devant la Cour européenne, Alekseyev a soutenu que le refus répété opposé aux marches de la fierté gaie était un acte de discrimination fondé sur l'orientation sexuelle des participants.

L'Article 11 de la Convention européenne des droits de l'homme garantit la liberté de réunion pacifique et la liberté d'association, et selon la Cour il protège les manifestations non violentes susceptibles d'irriter ou de choquer des personnes qui ne partagent pas les idées promues par les manifestants. Elle a également souligné que les gens devaient avoir la possibilité de tenir des manifestations sans craindre d'être physiquement harcelés par leurs opposants. Le seul risque qu'une manifestation crée des troubles ne suffit pas pour en justifier l'interdiction.

La Cour a déclaré que les autorités moscovites auraient dû prendre des arrangements pour faire en sorte que les marches se déroulent de manière pacifique et licite, de sorte que les deux parties puissent exprimer leurs points de vue sans violence. Au lieu de cela, en interdisant les marches de la fierté gaie, les autorités ont effectivement approuvé et appuyé

les groupes qui avaient demandé l'interdiction des marches pacifiques, contrairement à la loi et à l'ordre public.

La Cour a ajouté que les considérations relatives à la sécurité étaient d'importance secondaire pour les autorités qui s'étaient laissées guider par les valeurs morales prédominantes de la majorité. Luzhkov avait, antérieurement, affirmé qu'il était déterminé à empêcher les parades de la fierté gaie, car il les trouvait déplacées. Le gouvernement russe a également déclaré dans son mémoire à la Cour que ce type d'événements devait être interdit par principe, parce que la propagande gaie était incompatible avec les doctrines religieuses et la morale publique, et pouvait être préjudiciable aux enfants et aux adultes qui y étaient exposées.

La Cour a souligné que, si l'exercice par un groupe minoritaire des droits à la réunion pacifique et à l'association était conditionnel à son acceptation par la majorité, il serait incompatible avec les valeurs de la Convention. L'objectif des marches de la fierté gaie était de promouvoir le respect des droits de la personne et la tolérance envers les minorités sexuelles. Elles n'avaient pas pour but d'inclure la nudité ou l'obscénité ou de critiquer la morale publique ou les croyances religieuses.

De plus, une jurisprudence considérable a démontré l'existence d'un consensus de longue date en Europe sur des questions telles l'abolition de la responsabilité criminelle pour les relations homosexuelles entre adultes consentants, l'accès des homosexuels au service dans les forces armées, l'octroi de droits parentaux, l'égalité du point de vue fiscal et le droit d'hériter du logement du conjoint. La Cour a indiqué qu'il était également

clair que d'autres États parties à la Convention reconnaissent le droit des gens de s'identifier ouvertement comme gais et de promouvoir leurs droits et libertés, en particulier en se réunissant publiquement et pacifiquement. La Cour a souligné que c'était uniquement par le débat public et équitable que la société pouvait aborder des questions complexes comme les droits des homosexuels, ce qui en retour profite à la cohésion sociale, parce que tous les points de vue peuvent être entendus.

Finalement, la Cour a observé que la principale raison à l'origine de l'interdiction des marches de la fierté gaie était que les autorités désapprouvaient les manifestations, qui, à leur avis, faisaient la promotion de l'homosexualité. En particulier, la Cour ne pouvait pas ignorer les opinions personnelles exprimées fortement et publiquement par Luzhkov et le lien indéniable entre ces déclarations et les interdictions. En conséquence, la Cour a conclu que, comme le gouvernement n'avait pas établi que ses interdictions étaient compatibles avec les exigences de la Convention, le requérant avait été victime de discrimination à cause de son orientation sexuelle, contrairement à l'Article 14 de la Convention.

<sup>1</sup> Cour européenne des droits de l'homme, "Repeated unjustified Ban on Gay-Rights Marches in Moscow," communiqué de presse, 21 octobre 2010.

<sup>2</sup> Ibid.



## Roumanie — La Cour européenne des droits de l'homme conclut à un traitement dégradant infligé à un homme qui a contracté la tuberculose en prison

**En décembre 2010, la Cour européenne des droits de l'homme a conclu qu'un Roumain qui avait contracté la tuberculose en prison avait été victime d'une violation de ses droits garantis par l'Article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme, qui interdit la torture et les traitements dégradants.**

En avril 2003, le requérant a été condamné à quatre ans et demi de prison pour vol qualifié. Il avait été gardé en détention avant le procès dans une prison de Ploiești jusqu'en octobre 2002. En juillet 2003, il a été transféré à une prison à Jilava.<sup>1</sup>

Un rapport médical en date du 11 juillet 2003 préparé par des médecins de l'hôpital de la prison de Jilava a noté que le requérant était arrivé avec une tuberculose pulmonaire « soupçonnée ». Le 31 juillet, alors qu'il devait retourner à la prison, les médecins ont confirmé que l'homme avait des « séquelles » de tuberculose. Un rapport médical subséquent l'a déclaré « apte » et a indiqué qu'il devait être examiné de nouveau deux mois plus tard.

Pendant la deuxième hospitalisation du requérant, du 11 septembre au 27 novembre 2003, les médecins ont confirmé la présence de tuberculose et lui ont prescrit un traitement spécifique, qui a commencé le 18 septembre. Une troisième hospitalisation a eu lieu du 2 décembre 2003 au 29 janvier 2004, puis il a été hospitalisé une quatrième fois le 3 février, cette fois jusqu'à la fin de mai. En janvier 2005, les médecins ont conclu que son état s'était stabilisé. En octobre

de cette même année, le requérant a été libéré après avoir purgé les deux tiers de sa peine.

À l'audition, le requérant a soutenu que le manque de soins médicaux appropriés pendant son incarcération et le fait qu'il a contracté la tuberculose étaient contraires à l'Article 3 de la Convention, qui prévoit que « Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants. » Il alléguait que le personnel avait fait preuve de négligence en n'isolant pas les prisonniers malades de ceux qui étaient en bonne santé. L'homme a également dit que les prisons ne respectaient pas les normes élémentaires d'hygiène et étaient surpeuplées, et il a affirmé que, entre octobre 2002 et juin 2003, il a été placé dans une cellule avec plus de 60 autres prisonniers. Il a observé que les conditions à Jilava étaient « pires que celles de la prison de Ploiești ».

Le gouvernement de la Roumanie alléguait que le manque de traitement spécifique pour la tuberculose jusqu'en septembre 2003 était attribuable à l'absence de confirmation de tuberculose active, car les médecins n'avaient noté que des « séquelles ». Le gouvernement a souligné que, de

novembre 2002 à juillet 2003, il n'y avait pas d'autre cas de tuberculose à la prison de Ploiești et que tout prisonnier souffrant d'une maladie contagieuse était envoyé à l'infirmierie, isolé des autres prisonniers et gardé sous supervision médicale.

La Cour a noté que, pendant sa détention en octobre 2002, le médecin de la prison l'avait examiné et avait conclu qu'il était « cliniquement en bonne santé ». Étant donné que l'homme n'avait pas démontré de symptômes de tuberculose auparavant, la Cour a jugé qu'on ne pouvait pas conclure qu'il avait été traité pour la tuberculose avant son incarcération.

La Cour a ensuite dit que « tout éventuel défaut de diagnostic au moment où le requérant est passé sous la responsabilité de l'État ne saurait être imputable au requérant. » De plus, « outre l'obligation positive de préserver la santé et le bien-être d'un prisonnier, notamment par l'administration des soins médicaux requis, la Cour considère que l'article 3 impose à l'État l'obligation positive de mettre en place des méthodes efficaces de prévention et de dépistage des maladies contagieuses en milieu carcéral ». Par ailleurs, « la Cour pla-

ce l'obligation de l'État de procéder à un dépistage précoce des détenus, à l'arrivée en prison, pour identifier les porteurs d'un germe ou d'une maladie contagieuse, les isoler et les soigner efficacement. »

Pour ce qui est des soins médicaux donnés au requérant pendant sa détention, la Cour a noté que le traitement pour la tuberculose a semblé avoir été adéquat parce qu'il a permis de stabiliser la maladie. Néanmoins, après avoir soupçonné la présence de tuberculose pulmonaire, les autorités de la prison de Jilava l'ont placé dans « des conditions de détention susceptibles d'aggraver son état de

santé ». En conséquence, la Cour a conclu que « le requérant a développé un épisode tuberculeux alors qu'il se trouvait sous la responsabilité de l'État, entre la date de son placement en garde à vue et la date du dépistage de la maladie, en raison des conditions de détention contraires à l'article 3 de la Convention ».

Bien que la Cour ait reconnu qu'il n'y avait pas de la part de l'État d'intention délibérée d'humilier ou de rabaisser le requérant, elle a jugé que « les conditions de détention combinées avec la tuberculose développée par le requérant, pendant plus de huit mois, ont constitué un traitement

dégradant. Partant, il y a eu violation de l'article 3 de la Convention ».

— David Cozac

<sup>1</sup> *Dobri. c. Roumanie*, Cour européenne des droits de l'homme, 14 décembre 2010. En ligne: <http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/view.asp?item=1&portal=hbkm&action=html&highlight=dobri%20%2025153/04&sessionId=67240497&skin=hudoc-en>.

## Droit criminel et transmission du VIH ou exposition

### République du Congo — Un homme est condamné à 15 ans de prison pour avoir « empoisonné » sa femme avec le VIH

Le 24 février 2011, la Cour d'appel de Pointe-Noire a condamné Eustache Mbouayemou à 15 ans d'emprisonnement et lui a ordonné de payer 100 millions de francs CFA (206 000 \$ CAN) de dommages et intérêts pour avoir transmis le VIH à sa femme.<sup>1</sup>

C'est la première fois que la question de la transmission délibérée du

VIH est soumise aux tribunaux dans la République du Congo.

Selon l'avocat de la femme, Raymond Nzondo, le mari recevait des traitements pour le VIH depuis 2000, mais il n'en avait rien dit à sa femme, qui a contracté le virus en 2005.

Le juge dans cette affaire s'est servi de l'infraction d'« empoisonnement »<sup>2</sup> pour rendre son jugement, parce que, pour le moment, il n'y a pas de loi particulière dans le pays concernant la criminalisation de la transmission du VIH.

« L'empoisonnement dans notre législation n'est pas limité, a déclaré

Nzondo. Il s'agit d'une administration ou d'une inoculation de substance dans le corps pouvant entraîner des dommages ou la mort ».

Irénée Malonga, l'avocat de l'accusé, a déclaré que le verdict était illégal. « Cette infraction n'existe pas dans notre législation », a-t-il dit, en indiquant qu'il interjetterait appel.

Nzondo a répliqué que « L'homme savait qu'il était malade et prenait les médicaments en cachant à sa femme. Le fait était intentionnel et criminel. »

« C'est très délicat », a dit Germain Céphas Ewangui, président de l'Association panafricaine Thomas

Sankara (APTS), une ONG basée à Brazzaville, et qui lutte contre le sida et pour les droits de l'Homme. « Même dans les pays où la loi sur le sida a été adoptée, l'applicabilité pose problème », a-t-il affirmé.

### **É.-U. — Un ex-militaire de la force aérienne est condamné à l'emprisonnement pour avoir eu des relations sexuelles multipartenaires non protégées**

Le 19 janvier 2011, le sergent David Gutiérrez, de la force aérienne, a été condamné à huit ans de détention à la prison militaire, et le juge a ordonné son exclusion pour cause d'indignité. Un juge de la cour martiale l'a déclaré coupable de voies de fait graves et de n'avoir pas respecté l'ordre que lui avait donné son commandant d'informer ses partenaires sexuels qu'il était séropositif et d'utiliser des condoms.<sup>3</sup>

Le lieutenant colonel William Muldoon a prononcé la peine après une courte audition. Gutiérrez avait supplié le juge de ne pas l'exclure de l'armée pour qu'il puisse conserver ses avantages médicaux militaires.

Les procureurs, qui avaient demandé 18 ans d'emprisonnement, avaient allégué que Gutiérrez avait joué à la roulette russe avec les vies de ses partenaires sexuels.

« L'accusé ne s'est pas demandé comment ses victimes paieraient leurs médicaments », a dit le capitaine Sam Kidd.<sup>4</sup>

Plusieurs personnes qui avaient participé à des partouzes et à des activités d'échanges de partenaires avec Gutiérrez et sa femme ont témoigné

qu'ils n'auraient jamais eu de relations sexuelles avec lui s'il leur avait dit qu'il était séropositif.<sup>5</sup>

### **É.-U. — Un homme séropositif est condamné à la probation pour avoir mordu son voisin**

Le 8 décembre 2010, un résident du Michigan a reçu une peine de probation de 11 mois après avoir plaidé coupable à une accusation de voies de fait graves.<sup>6</sup> Le juge a également interdit à Daniel Allen de communiquer de quelque manière avec Winfred Fernandis, Jr., l'homme qui l'accusait de l'avoir mordu à la lèvre à l'occasion d'une dispute en 2009.<sup>7</sup>

Allen avait d'abord été accusé de bioterrorisme selon une loi du Michigan, pour avoir soi-disant utilisé le VIH comme arme.

Allen, qui est ouvertement gay, a maintenu son innocence pendant toute la procédure, en laissant entendre que son voisin l'avait attaqué sur son orientation sexuelle.

« Ce n'était rien d'autre que de la violence faite aux gays », a dit James L. Galen, Jr., l'avocat de l'accusé. « Mon client a accepté de plaider coupable uniquement à cause de son état de santé, et du fait que l'un des témoins de la défense ne s'est pas présenté. »<sup>8</sup>

### **Allemagne — Une pop star séropositive déclarée coupable de lésions corporelles graves évite la prison**

Une chanteuse pop allemande qui avait avoué avoir sciemment exposé

deux hommes au risque de contracter le VIH a été déclarée coupable de voies de fait le 26 août 2010.<sup>9</sup>

Nadja Benaissa, du groupe de filles No Angels, a été déclarée coupable d'avoir causé des lésions corporelles graves dans un cas, pour la transmission du VIH à un agent artistique de 34 ans, et de tentative de lésions corporelles graves dans un autre cas où elle aurait eu des relations sexuelles non protégées avec un autre homme entre 2000 et 2004. Le juge a prononcé une condamnation avec sursis de deux ans et lui a ordonné de faire 300 heures de travail communautaire et de se soumettre à des séances de counselling régulières.

Benaissa était passible de dix ans de prison. Cependant, les procureurs ont demandé une peine clémente, parce qu'elle avait avoué et exprimé des regrets.<sup>10</sup>

Le groupe de sensibilisation au sida Deutsche AIDS-Hilfe (DAH), qui avait souhaité un acquittement, n'est pas satisfait de la décision. À son avis, les personnes vivant avec le VIH sont maintenant exposées à un plus grand risque de stigmatisation et ne seront pas disposées à parler du virus.

« Ce n'est pas une bonne décision. Elle fera beaucoup de tort aux efforts de prévention du VIH », a dit le porte-parole de DAH, Carsten Schatz.<sup>11</sup>

### **Finlande — Une femme originaire du Kenya est condamnée à quatre ans et demi de prison**

En décembre 2010, une cour de district de la ville de Tampere, en Finlande, a prononcé une peine de

quatre ans et six mois d'emprisonnement contre une femme de 28 ans, déclarée coupable d'avoir mis la vie d'autres personnes en danger et de tentative de voies de fait graves, après avoir eu des relations sexuelles non protégées avec plusieurs partenaires, bien qu'elle savait qu'elle était séropositive. La femme a également été condamnée par la cour à payer près de 20 000 Euros (27 000 \$ CAN) de dommages et intérêts et 24 000 Euros de frais judiciaires.<sup>12</sup>

La femme originaire du Kenya, qui aurait commencé à travailler comme danseuse érotique pour subvenir à ses besoins lorsque son mariage avec un Finnois a pris fin, avait eu des relations sexuelles non protégées avec 16 hommes de 2005 à 2010.<sup>13</sup>

Elle avait été arrêtée avant le mois de février 2010. Avant que la police ne rende l'affaire publique ce mois-là, sept hommes, dont l'un a déclaré avoir subi un test VIH qui s'est révélé positif, s'étaient présentés pour déclarer qu'ils avaient eu des relations sexuelles non protégées avec elle sans avoir été informés qu'elle était séropositive. La femme a apparemment consenti à la publication de sa photo dans l'espoir que ses autres partenaires sexuels possibles subissent des tests VIH.<sup>14</sup>

C'est le 14<sup>e</sup> cas de poursuite en lien avec le VIH en Finlande depuis 1989, année où ces poursuites ont commencé.<sup>15</sup>

### France — Un homme séropositif est condamné à la prison pour transmission du VIH à son partenaire

Le 10 novembre 2010, un tribunal de Besançon a condamné un homme âgé

de 36 ans à deux ans de prison pour avoir sciemment transmis le VIH à son ex-partenaire. Il avait été accusé d'« administration d'une substance nocive ayant causé la mutilation ou une invalidité permanente ». Il a d'abord menti à son partenaire à propos de sa séropositivité, puis il a eu des relations sexuelles non protégées avec lui.<sup>16</sup>

À l'audition tenue le 21 octobre, l'accusé a dit qu'il « n'acceptait pas » son sérodiagnostic, et il a demandé pardon à son ex-partenaire.<sup>17</sup> En 2005, les partenaires avaient subi des tests VIH dans le but de déterminer s'ils pouvaient avoir ensemble des relations sexuelles non protégées; l'accusé aurait toutefois menti à son partenaire en lui disant que ses résultats de test étaient négatifs. L'ex-partenaire, qui a subséquemment eu des résultats de test positifs en 2006, a intenté la poursuite après avoir trouvé une lettre dans laquelle le centre de dépistage du VIH confirmait la séropositivité de l'accusé pour le VIH.<sup>18</sup>

### Australie — Un homme plaide coupable d'avoir transmis le VIH à sa partenaire

Un résident de Melbourne a plaidé coupable à l'accusation d'activité sexuelle insouciant qui a donné lieu à l'infection de sa partenaire sexuelle par le VIH. Le 9 février 2011, Paul Spiekman a avoué avoir causé des blessures graves à une partenaire et avoir commis un attentat à la pudeur envers une autre femme la même nuit du mois d'avril 2007.<sup>19</sup>

Il a plaidé coupable à une accusation de conduite insouciant ayant exposé une personne à des lésions

corporelles graves et une autre d'attentat à la pudeur. Deux autres accusations, soit d'avoir intentionnellement transmis à une personne une maladie très grave et d'avoir causé par négligence des lésions corporelles graves, ont été retirées.

L'une des victimes a contracté le VIH.

Tous les articles de la présente section ont été rédigés par David Cozac (dcozac@aidslaw.ca), directeur de la rédaction de la *Revue VIH/sida, droit et politiques*.

<sup>1</sup> A. Séverin, « La justice condamne un homme qui transmet le SIDA à sa femme », Inter Press Service, 2 mars 2011. En ligne: [http://ipsinternational.org/fr/\\_note.asp?idnews=6403](http://ipsinternational.org/fr/_note.asp?idnews=6403).

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> R. Hegeman, « Airman gets eight years in prison in HIV exposure case », The Associated Press, 19 janvier 2011. En ligne: [www.msnbc.msn.com/id/41159427/ns/us\\_news-crime\\_and\\_courts/](http://www.msnbc.msn.com/id/41159427/ns/us_news-crime_and_courts/).

<sup>4</sup> Ibid.

<sup>5</sup> Ibid.

<sup>6</sup> « Probation for man accused of biting neighbour », FOX Detroit, 8 décembre 2010. En ligne: [www.myfoxdetroit.com/dpp/news/local/probation-for-man-accused-of-biting-neighbor-20101208-mr](http://www.myfoxdetroit.com/dpp/news/local/probation-for-man-accused-of-biting-neighbor-20101208-mr).

<sup>7</sup> Ibid. Pour le contexte de l'affaire, voir: « Un juge du Michigan conclut qu'un homme séropositif n'est pas un bioterroriste », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 15(1) (2010) : 27–28.

<sup>8</sup> J. Oosting, « All bark, small bite: Probation for Clinton Twp man with HIV once charged with bioterrorism », Mlive.com, 8 décembre 2010. En ligne: [www.mlive.com/news/detroit/index.ssf/2010/12/all\\_bark\\_small\\_bite\\_probation.html](http://www.mlive.com/news/detroit/index.ssf/2010/12/all_bark_small_bite_probation.html).

<sup>9</sup> H. Erdem, « Girl-band star escapes jail over HIV infection » Reuters, 26 août 2010. En ligne: <http://in.reuters.com/article/2010/08/26/idINIndia-51084720100826>.

<sup>10</sup> Ibid.

<sup>11</sup> Ibid.

<sup>12</sup> « 4 1/2 Year Sentence for HIV Sex Offenses », YKE.fi,

12 décembre 2010. En ligne: [www.yle.fi/uutiset/news/2010/12/4\\_12\\_year\\_sentence\\_for\\_hiv\\_sex\\_offenses\\_2234457.html](http://www.yle.fi/uutiset/news/2010/12/4_12_year_sentence_for_hiv_sex_offenses_2234457.html).

<sup>13</sup> E.J. Bernard, « Finland: Kenyan-born former 'erotic dancer' sentenced to 4 1/2 years for HIV exposure », criminalhivtransmission.blogspot.com, 22 décembre 2010. En ligne: <http://criminalhivtransmission.blogspot.com/2010/12/finland-kenyan-born-former-erotic.html>.

<sup>14</sup> Ibid.

<sup>15</sup> E.J. Bernard (supra).

<sup>16</sup> « France : deux ans de prison pour avoir transmis le VIH », Fil Rouge, 14 novembre 2010. En ligne:

[www.groupe sida.ch/filrouge/archives/2010/11/france\\_deux\\_ans\\_de\\_prison\\_pour/](http://www.groupe sida.ch/filrouge/archives/2010/11/france_deux_ans_de_prison_pour/).

<sup>17</sup> Ibid.

<sup>18</sup> E.J. Bernard, « Gay man imprisoned for two years for infecting partner; trial debates shared responsibility », criminalhivtransmission.blogspot.com, 17 novembre 2010. En ligne: <http://criminalhivtransmission.blogspot.com/2010/11/france-gay-man-imprisoned-for-two-years.html>.

<sup>19</sup> A. Lowe, « HIV man who infected partner pleads guilty », The Age, 9 février 2011. En ligne: [www.theage.com.au/victoria/hiv-man-who-infected-partner-pleads-guilty-20110209-1amgd.html](http://www.theage.com.au/victoria/hiv-man-who-infected-partner-pleads-guilty-20110209-1amgd.html).

## En bref

### Russie — La Cour suprême juge discriminatoire le congédiement d'un pilote séropositif

Le 16 février 2011, la Cour suprême de Russie a conclu que la séropositivité n'est plus un motif de congédiement pour les pilotes d'avions civils. La décision a fait suite à une action intentée par un pilote séropositif qui avait été congédié en 2005, lorsque son sérodiagnostic a été connu.<sup>1</sup>

Les motifs juridiques du congédiement étaient fondés sur des critères relatifs à l'état de santé prévus par les règlements fédéraux de l'aviation, selon lesquels la séropositivité rend inadmissible à l'exercice du métier de pilote.

Les ministères des Transports et de la Justice, de même que la Commission médicale pour l'aviation civile avaient tenté de faire rejeter l'action du demandeur. Ils alléguaient

que « la présence de VIH dans le corps [d'un pilote] pourrait mettre les passagers en danger car l'état de santé du pilote pourrait se détériorer rapidement. » Ils ajoutaient que la présence de VIH dans le corps devrait être considérée comme un motif inconditionnel pour interdire à toute personne séropositive de piloter un avion.<sup>2</sup>

Pour sa part, le pilote soutenait que sa santé était bonne et qu'il ne souffrait d'aucune infection opportuniste. « J'ai satisfait à tous les critères de santé nécessaires, et il ne sert à rien de porter atteinte à mes droits pour la seule raison que je suis séropositif », a-t-il déclaré.<sup>3</sup>

Le représentant du Bureau du Procureur général a soutenu les arguments du demandeur, qu'il a dits conformes à la Loi russe sur la prévention de l'infection à VIH. La Loi interdit le congédiement fondé uniquement sur un diagnostic de VIH. Le Bureau a noté qu'un congédie-

ment de cette nature serait également contraire à la *Convention relative à l'aviation civile internationale*.

### Irlande — Un ex-chirurgien gagne sa poursuite contre l'État pour exposition au VIH

Un Irlandais a poursuivi avec succès l'hôpital où il travaillait, le Health Service Executive (HSE) (Directeur des services de santé) et l'État irlandais après avoir contracté le VIH par une exposition professionnelle, ce qui a mis fin à sa carrière de chirurgien.<sup>4</sup>

Il soutenait avoir contracté le VIH par suite de blessures causées par des piqûres de seringue survenues à l'occasion d'opérations sur des patients. Après avoir été incommodé par des symptômes semblables à ceux d'une grippe, il a reçu un diagnostic

de VIH en mai 1997. Étant chirurgien principal adjoint, il a dû renoncer à sa fonction, alors qu'il était sur le point d'obtenir un poste de chirurgien consultant. Il alléguait que le virus avait été une grande source d'angoisse pour lui et sa femme, et qu'à cause de cela ils avaient dû modifier leurs projets d'avenir.<sup>5</sup> La trithérapie combinée a en outre considérablement modifié son style de vie, et lui a causé des nausées, des tracas et un traumatisme.<sup>6</sup>

Dans son action, le demandeur soutenait que l'absence de dépistage obligatoire du VIH chez les patients l'avait exposé à un risque de préjudice. Il alléguait que les défendeurs avaient l'obligation de prendre toutes les précautions raisonnables pour assurer sa sécurité dans l'accomplissement de son travail. À son avis, ils avaient le devoir de ne pas l'exposer à un risque de blessure ou de préjudice qu'ils connaissaient ou auraient dû connaître, et de mettre en place un système et un lieu de travail sécuritaires.<sup>7</sup>

Pour sa part, les défendeurs soutenaient qu'ils n'avaient pas mis le test en application, parce qu'il n'était « pas rentable » et que l'on demandait aux patients que l'on soupçonnait d'être infectés s'ils étaient séropositifs.<sup>8</sup> Ils alléguaient en outre la négligence contributive de la part du médecin, qui n'avait pas adéquatement tenu compte du risque d'infection par le VIH que comportent les chirurgies invasives.<sup>9</sup>

La poursuite a été intentée en 1999 et a été ajournée à plusieurs reprises avant que les parties conviennent d'un règlement.

— David Cozac

### **É.-U. — Le département de la Justice oblige une école professionnelle de Puerto Rico à admettre une candidate séropositive**

Le Département de la Justice a obligé une école de coiffure de Puerto Rico à offrir l'admission à une candidate séropositive pour le VIH, à payer à cette personne 8 000 \$US de dommages et intérêts et à payer une amende de 5 000 \$US aux États-Unis dans le cadre du règlement conclu dans l'affaire.<sup>10</sup>

L'affaire a pris naissance à la suite d'une plainte déposée par une candidate à l'admission, selon le *Americans with Disabilities Act* (ADA) contre le Modern Hairstyling Institute, Inc., à Bayamon, Puerto Rico.

Selon les conditions de l'entente de règlement, l'école de coiffure devra également cesser de demander aux futures candidates des renseignements sur leur état sérologique relativement au VIH, et offrira une formation à tous les employés sur la discrimination fondée sur l'invalidité.<sup>11</sup>

« Il est essentiel que nous continuions à travailler à l'élimination de la discrimination et de la stigmatisation envers les personnes qui vivent avec le VIH », a dit Thomas E. Perez, Procureur général adjoint pour les droits de la personne. « L'ADA protège clairement les personnes qui vivent avec le VIH et d'autres invalidités contre ce type d'exclusion ou de marginalisation. »<sup>12</sup>

Le Titre III de l'ADA interdit aux établissements publics, comme le Modern Hairstyling Institute, Inc., d'exclure les personnes handicapées, y compris les personnes qui vivent

avec le VIH, du bénéfice de leurs services, de leurs marchandises et de leurs installations.<sup>13</sup>

— David Cozac

### **Inde — Une société de transport déclarée coupable de discrimination envers des candidats séropositifs**

Le 4 janvier 2011, la Haute Cour de Madras a ordonné à la Tamil Nadu State Transport Corporation d'engager deux hommes qu'elle avait refusé d'employer à cause de leur séropositivité.<sup>14</sup>

À la fin de 2009, un bureau de placement avait recommandé les deux candidats — désignés « M. X » et « M. Y » — pour des postes de chauffeur dans la société. Ils avaient été dirigés vers un comité de médecins pour recevoir un certificat de bon état de santé. Comme leurs échantillons de sang ont révélé que les deux hommes étaient séropositifs, les médecins ont conclu dans leur rapport qu'ils n'étaient pas « aptes » à l'emploi. La direction de la société s'est servie de ce rapport pour refuser d'engager les hommes.<sup>15</sup>

L'analyse sanguine a été effectuée sans le consentement des candidats. De plus, le laboratoire ne leur a offert aucune forme de counselling, que ce soit avant ou après le test.<sup>16</sup>

Dans sa décision, le juge K Chandru a reproché à la société de transport « sa compréhension prosaïque du sida et du VIH ». Il a ajouté que la décision même de la société publique de transport de faire subir des tests VIH aux candidats répugnait

à la politique nationale de l'Inde sur le VIH/sida,<sup>17</sup> dont le principe directeur est la protection contre la discrimination.<sup>18</sup>

Le juge a ordonné à la direction de la société d'engager M. X et M. Y dans un délai de huit semaines, considérant qu'il n'y avait pas d'autres causes d'inaptitude contre eux.<sup>19</sup>

— *David Cozac*

### **Russie — Un tribunal libère des hommes accusés d'avoir gardé et traité des toxicomanes de force**

Le 3 novembre 2010, la Cour régionale de la province de Sverdlovsk, à la suite d'intenses pressions publiques, s'est prononcée en faveur de la défense et a réduit la peine de trois membres de la fondation Ville sans Drogues. Ils ont tous les trois reçu une condamnation avec sursis et ont évité la détention.<sup>20</sup>

Un peu plus tôt dans l'année, une Cour de district inférieure siégeant dans la ville de Nizhny Tagil avait condamné les trois jeunes hommes à différentes peines d'emprisonnement pour enlèvement. Egor Bychkov, le directeur de Ville sans Drogues, avait été condamné à trois ans et demi d'emprisonnement. Les deux autres avaient reçu des peines plus clémentes.

Les trois avaient été accusés d'enlèvement et de mauvais traitements contre sept toxicomanes. Selon le procureur, les toxicomanes avaient été retenus de force pendant plusieurs semaines sans chauffage et sans accès à de la nourriture, sauf du pain, de l'oignon, de l'ail et de l'eau.<sup>21</sup>

La Cour de district avait rejeté l'accusation de mauvais traitements, à la lumière des témoignages de médecins praticiens, selon lesquels une diète rigoureuse de pain, d'oignon, d'ail et d'eau facilitait une désintoxication rapide. La Cour en avait déduit que les toxicomanes ne pouvaient donc pas avoir éprouvé de douleurs et de souffrances en conséquence de leur programme de sevrage.<sup>22</sup>

Pendant le procès à la cour de district, tous les toxicomanes sauf un ont retiré leurs plaintes, affirmant avoir été enfermés conformément à la volonté de leurs parents ou à leur propre choix.

L'affaire de Ville sans Drogues avait provoqué un vaste débat public concernant les pratiques de traitement de la toxicomanie en Russie. Plusieurs politiciens et personnalités en vue ont exprimé leur sympathie envers les accusés et se sont prononcés en faveur du traitement obligatoire des personnes dépendantes de la drogue. Le chanteur russe bien connu Vladimir Shakhryn a personnellement porté l'affaire à l'attention du président Dmitry Medvedev, qui a subséquemment chargé le bureau du procureur général de «prendre l'affaire en main».<sup>23</sup>

Compte tenu de la pression publique, la Cour régionale a reconsidéré la cause et a libéré les accusés immédiatement après avoir rendu son jugement.

### **Irlande — La Haute Cour ordonne l'administration de médicaments anti-VIH à un bébé malgré les protestations de la mère**

En novembre 2010, la High Court of Ireland a statué que les médecins

pouvaient administrer des médicaments anti-rétroviraux (ARV) à un enfant à naître d'une femme séropositive.<sup>24</sup>

Le Health Service Executive (Directeur des services de santé) du pays avait demandé une ordonnance de la Cour exigeant que certains médicaments soient administrés à l'enfant dès la naissance. Il affirmait que la médication ARV, si elle était administrée dès la naissance pendant une période de quatre semaines, réduirait les risques de transmission.<sup>25</sup>

La femme enceinte s'opposait à l'administration du médicament, parce qu'elle croyait qu'il représentait un risque important pour son enfant. Elle doutait en outre que son diagnostic de séropositivité soit exact, mais elle a accepté ce diagnostic pour les besoins de la procédure.<sup>26</sup>

Les experts médicaux ont unanimement déclaré que ces médicaments devaient être administrés, parce qu'il avait été démontré que le risque qu'un enfant naisse avec une maladie incurable présentait de grands dangers.<sup>27</sup>

Au sujet du risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant, l'équipe médicale a souligné quatre lignes directrices générales : la mère devrait prendre la médication ARV pendant sa grossesse; elle devrait subir une césarienne de convenance; elle devrait s'abstenir d'allaiter après la naissance; et l'enfant nouveau-né devrait recevoir une médication ARV dès la naissance, et cela pendant quatre semaines.

Trois de ces éléments n'étaient pas en cause; la question en litige consistait à déterminer si la cour devait intervenir pour ordonner que des médicaments ARV — Névirapine, Zidovudine et Lamivudine — soient administrés à l'enfant immédiatement

après la naissance, et cela pendant quatre semaines. La mère s'opposait à ce que l'enfant reçoive ce traitement.<sup>28</sup>

Le juge a dit qu'il ne doutait pas qu'il fût dans le meilleur intérêt de l'enfant que celui-ci reçoive le traitement. Il a cependant ajouté que la question n'était pas ce qu'il y a de plus simple, parce que n'était pas un cas où l'État ou la Cour sont le mieux placés pour en juger.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Ibid.

<sup>4</sup> C. Hayes, « Irish surgeon with HIV settles court case against the state », *Irish Central*, 28 janvier 2011. En ligne: [www.irishcentral.com/news/Irish-surgeon-with-HIV-settles-court-case-against-the-state-114784759.html](http://www.irishcentral.com/news/Irish-surgeon-with-HIV-settles-court-case-against-the-state-114784759.html).

<sup>5</sup> M. Carolan, « Doctor who contracted HIV settles court action », *The Irish Times*, 27 janvier 2011. En ligne: [www.irishtimes.com/newspaper/ireland/2011/01/27/1224288402178.html](http://www.irishtimes.com/newspaper/ireland/2011/01/27/1224288402178.html).

<sup>6</sup> C. Hayes (supra).

<sup>7</sup> M. Carolan (supra).

<sup>8</sup> C. Hayes (supra).

<sup>9</sup> M. Carolan (supra).

<sup>10</sup> M.W. Chapman, « Justice Department Forces Hairstyling School to Admit HIV-Positive Student », *CNS News*, 5 janvier 2011. En ligne: [www.cnsnews.com/news/article/justice-department-forces-hairstyling-sc](http://www.cnsnews.com/news/article/justice-department-forces-hairstyling-sc).

<sup>11</sup> A. Nichol, « Department of Justice Settles with Cosmetology School in Puerto Rico on Allegations of HIV Discrimination », *The Body*, 9 février 2011. En ligne: [www.thebody.com/content/art60545.html?tw](http://www.thebody.com/content/art60545.html?tw).

<sup>12</sup> M.W. Chapman (supra).

<sup>13</sup> A. Nichol (supra).

<sup>14</sup> K.T. Sangameswaran, « Madras High Court directs State Transport Corporation to employ HIV positive persons », *The Hindu*, 5 janvier 2011. En ligne: [www.thehindu.com/news/states/tamil-nadu/article1033154.ece](http://www.thehindu.com/news/states/tamil-nadu/article1033154.ece).

<sup>15</sup> A Subramani, « Can't deny job to HIV-positive: HC », *The Times of India*, 5 janvier 2011. En ligne: <http://timesofindia.indiatimes.com/india/Cant-deny-job-to-HIV-positive-HC/articleshow/7220200.cms>.

<sup>16</sup> Ibid.

<sup>17</sup> K.T. Sangameswaran (supra).

<sup>18</sup> A Subramani (supra).

<sup>19</sup> Ibid.

<sup>20</sup> S.Dobrinina et A.Kolesnik, « Bychkov gets a conditional sentence », *Rossiiskaya gazeta*, 3 novembre 2010. En ligne: [www.rg.ru/2010/11/03/reg-ural/bychkov.html](http://www.rg.ru/2010/11/03/reg-ural/bychkov.html).

<sup>21</sup> Ibid.

<sup>22</sup> Ibid.

<sup>23</sup> I.Vlasova et M.Urshina, « Egor Bychkov sentenced to prison for treating of drug addicts with onion and garlic », *GZT*, 12 octobre 2010. En ligne: [/www.gzt.ru/topnews/accidents/-egora-bychkova-otpravili-v-koloniyu-zalichenie-/329241.html](http://www.gzt.ru/topnews/accidents/-egora-bychkova-otpravili-v-koloniyu-zalichenie-/329241.html).

<sup>24</sup> M. Carolan, « HSE obtains court order to give baby HIV drugs », *The Irish Times*, 22 novembre 2010. En ligne: [www.irishtimes.com/newspaper/ireland/2010/11/22/1224283834007.html](http://www.irishtimes.com/newspaper/ireland/2010/11/22/1224283834007.html).

<sup>25</sup> V. Kilfeather, « HSE seeks order to treat baby with anti-HIV drugs », *The Irish Examiner*, 20 novembre 2010. En ligne: [www.irishexaminer.com/ireland/kfmhqlauidcw/rss2/](http://www.irishexaminer.com/ireland/kfmhqlauidcw/rss2/).

<sup>26</sup> M. Carolan (supra).

<sup>27</sup> Ibid.

<sup>28</sup> Ibid.

<sup>1</sup> « The Supreme Court of Russia: HIV positive pilots can operate planes », *Agora*, 16 février 2011. En ligne: <http://openinform.ru>.