

# VIH/SIDA ET DROIT

VOLUME 8, NUMÉRO 2, AOÛT 2003

## Droits humains à Vancouver : les utilisateurs de drogue ont-ils un ami à la mairie?

En avril 2003, le Service de police de Vancouver (SPV) a initié une opération sévère dans le quartier du Downtown Eastside, fréquenté par des utilisateurs de drogue et où sévit l'une des pires épidémies de VIH/sida dans le monde industrialisé. Human Rights Watch (HRW) a visité les lieux et publié un rapport documentant des comptes-rendus de première main faisant état de recours injustifié à la force, par des agents de police, ainsi que d'autres violations de droits de la personne. Dans le présent article, Joanne Csete et Jonathan Cohen, de HRW, décrivent comment l'euphorie initiale soulevée par l'élection de Larry Campbell comme maire de Vancouver s'est vite évaporée; comment une opération qui devait cibler les trafiquants de drogue a en effet éloigné les utilisateurs de drogue des services de santé et de réduction des méfaits; et comment la Ville et le SPV ont tenté de discréditer le rapport de HRW. En outre, les auteurs discutent de préoccupations à l'égard du SPV, qui ont conduit au dépôt de plaintes officielles; ils doutent du bien-fondé de laisser les forces policières mener cette enquête sur leurs propres agissements.

Human Rights Watch (HRW) a eu l'honneur de s'associer au Réseau juridique canadien VIH/sida, en septembre 2002, pour décerner au

*voir page 7*

## Changements législatifs récents en matière de confidentialité

Cet article de Ruth Carey offre un aperçu critique de lois sur la confidentialité des renseignements personnels développées récemment dans trois provinces canadiennes – l'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique. Après un survol historique des instruments du droit international et d'autres directives sur la confidentialité et le respect de la vie privée ainsi que de l'expérience canadienne dans ce domaine, l'auteure analyse de manière critique des initiatives provinciales dans le contexte de la *Loi [fédérale] sur la protection des renseignements personnels et des documents électroniques*. Elle met en relief certains éléments de dispositions législatives qui revêtent un intérêt particulier pour les personnes vivant avec le VIH/sida et pour les intervenants en faveur de leurs droits. Elle conclut que les nombreuses initiatives législatives en cours au Canada sont autant d'occasions de changer le discours public à propos du VIH/sida et d'améliorer ainsi la vie des personnes vivant avec le VIH/sida.

*voir page 11*

## REVUE CANADIENNE VIH/SIDA ET DROIT

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

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

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

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

Correspondants réguliers, Nouvelles canadiennes :  
*Registre géographique*  
Tarel Quandt, Colombie-Britannique, [tarelq@bcpwa.org](mailto:tarelq@bcpwa.org)  
Rebecca Scheer, Alberta, [rscheer@aidscalgary.org](mailto:rscheer@aidscalgary.org)  
Roger Procyk, Manitoba et Saskatchewan, [rprocyk@ninecircles.ca](mailto:rprocyk@ninecircles.ca)  
Glenn Betteridge, Ontario, [gbetteridge@aidslaw.ca](mailto:gbetteridge@aidslaw.ca)  
Ruth Carey, Ontario, [careyr@lao.on.ca](mailto:careyr@lao.on.ca)  
Matthew Perry, Ontario, [perrym@lao.on.ca](mailto:perrym@lao.on.ca)  
Michel Morin, Québec, [info@cocqsida.com](mailto:info@cocqsida.com)  
Caroline Ploem, Provinces maritimes, [cploem@hfx.eastlink.ca](mailto:cploem@hfx.eastlink.ca)  
Bill Downer, Terre-Neuve et Labrador, [bdowner@acnl.net](mailto:bdowner@acnl.net)  
*Registre thématique*  
Ian Culbert, dossier santé publique, [iculbert@cpha.ca](mailto:iculbert@cpha.ca)  
Thomas Kerr, dossier usage de drogues illégales, [tkerr@aidslaw.ca](mailto:tkerr@aidslaw.ca)  
Derek Thaczuk, dossier marijuana médicinale, [derekt@pwatoronto.org](mailto:derekt@pwatoronto.org)

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

© Réseau juridique canadien VIH/sida 2003. Le Réseau encourage la diffusion de l'information contenue dans sa Revue et accordera la permission de reproduire du matériel pour peu que l'origine et la source en soient mentionnées. La rédaction apprécierait que lui soit fourni un exemplaire des publications dans lesquelles des extraits de la Revue sont utilisés.

Circulation : 2 000  
ISSN 1195-5252

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

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

### Réseau juridique canadien VIH/sida

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

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

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

**[www.aidslaw.ca](http://www.aidslaw.ca)**

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

# TABLE DES MATIÈRES

<b>MOT DU RÉDACTEUR EN CHEF</b>	5
<b>DOSSIERS</b>	1
Droits humains à Vancouver : les utilisateurs de drogue ont-ils un ami à la mairie?	1
Changements législatifs récents en matière de confidentialité	1
<b>NOUVELLES CANADIENNES</b>	19
Injection supervisée : Santé Canada approuve des projets pilotes à Vancouver, mais des préoccupations demeurent	19
Santé Canada dévoile son plan de distribution de marijuana médicinale	21
Annulation d'un essai clinique sur la marijuana médicinale	23
Ottawa propose de décriminaliser les petites quantités de marijuana	24
Un comité des Communes recommande une hausse substantielle du budget de la SCVS	25
Ontario – Des pressions d'activistes conduisent à un accès amélioré à certains médicaments	27
La loi ontarienne sur la santé publique permet à présent les ordres visant des catégories	28
Un comité des Communes exhorte à un leadership et à des fonds accrus pour la lutte au VIH/sida en Afrique	29
En bref	30
<b>NOUVELLES INTERNATIONALES</b>	32
États-Unis – L'appui financier à la lutte mondiale contre le sida préconisera un agenda moral	32
Zambie – Atelier sur le VIH/sida à l'intention de juges	34
Royaume-Uni – Un rapport sur la migration et le VIH rejette le test obligatoire	35
Caraïbe – Premier atelier de formation sur les lois et politiques liées au VIH/sida	36
<b>ACCÈS MONDIAL AUX TRAITEMENTS</b>	38
Canada – Sommet national <i>La santé mondiale est un droit humain!</i>	38
Nigéria – Une femme séropositive intente une poursuite après qu'on lui refuse un traitement	41
<b>LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX – CANADA</b>	42
La Cour fédérale annule le permis de travail restreignant l'emploi d'un immigrant séropositif	42
Immigration : une mesure de renvoi est suspendue pour des motifs humanitaires	44
Les dispositions de la <i>Loi sur l'immigration</i> concernant l'inadmissibilité médicale survivent à la contestation constitutionnelle	46
La crainte d'être privé de soins médicaux adéquats ne constitue pas une crainte fondée de persécution	48
Sang contaminé – Nouveaux recours collectifs au Québec et en Alberta	49
Un juge refuse de réduire les dommages-intérêts accordés à un homme séropositif	50
Les taux d'infections en prison convainquent un juge de ne pas traduire un jeune contrevenant devant les tribunaux pour adultes	51

.../4

<b>LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX – INTERNATIONAL</b>	52
Australie – Médecins condamnés à verser des dommages-intérêts à une femme qui a contracté le VIH de son mari	52
La Cour européenne des droits de l'homme accepte les tests de dépistage sanguin fondés sur l'orientation sexuelle	55
É.-U. – Un tribunal juge que la déportation d'un Dominicain séropositif ne viole pas la <i>Convention contre la torture</i>	56
R.-U. – Un tribunal gallois tient compte de la séropositivité au VIH pour réduire une peine	57
R.-U. – L'ordonnance de déplacement d'une demanderesse d'asile séropositive est confirmée	58

# MOT DU RÉDACTEUR EN CHEF

## À propos de ce numéro

Plusieurs articles de ce numéro nous rappellent que le droit et les tribunaux peuvent soit renforcer la réponse au VIH/sida, soit lui nuire. Dans son article de fond intitulé « Changements législatifs récents en matière de confidentialité », Ruth Carey décrit des initiatives législatives de provinces canadiennes relatives à la protection de la confidentialité des renseignements personnels sur la santé. Elle conclut que ces initiatives ont le potentiel d'améliorer les vies des personnes vivant avec le VIH/sida, et qu'elles offrent aussi des occasions aux gens et aux organismes de s'impliquer dans le processus législatif et de faire évoluer le discours public à propos de l'épidémie. En revanche, l'article de fond de Johanne Csete et de Jonathan Cohen, « Droits humains à Vancouver : les utilisateurs de drogue ont-ils un ami à la mairie? », examine comment une opération policière ciblant les trafiquants de drogue, dans le quartier du Downtown Eastside, à Vancouver, a eu pour résultat d'inciter des utilisateurs de drogue à se tenir à distance des services de santé et de réduction des méfaits.

La décision du gouvernement fédéral canadien de déposer un projet de loi consistant à décriminaliser la possession de petites quantités de marijuana (voir les *Nouvelles canadiennes*) est louable; il s'agit d'un pas vers une approche fondée sur la santé, à l'égard de l'usage de drogue, plutôt que de nature pénale. Malheureusement, le même projet de loi prévoit des peines plus lourdes pour la culture de quantités importantes de cannabis, ce qui viendrait renforcer la position générale prohibitionniste du gouvernement canadien en ce qui a trait à l'utilisation de drogue illégale.

À la rubrique *Le VIH/sida devant les tribunaux – Canada*, nous signalons qu'une cour fédérale a mis de côté une ordonnance qui interdisait à un requérant séropositif au statut de réfugié de travailler en garderie, en

enseignement au primaire et au secondaire, ainsi que dans les soins de santé et l'agriculture. Cependant, nous faisons aussi état d'une autre décision d'une cour fédérale qui a maintenu celle de la Commission de l'immigration et du statut de réfugié à l'effet que la crainte de ne pas recevoir un traitement médical adéquat dans son pays d'origine (en l'occurrence, il s'agissait du Cameroun) ne constitue pas un motif fondé de crainte de persécution aux fins d'une demande d'asile. (L'amarce de cette affaire remonte à l'époque où l'ancienne *Loi sur l'immigration* était en vigueur. La nouvelle *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés*, entrée en vigueur en juin 2002, affirme clairement qu'une personne ne se verra pas accorder le statut de réfugié si le risque qu'elle rencontrerait dans son pays d'origine est uniquement lié à l'incapacité de ce pays à fournir des soins médicaux adéquats.)

À la rubrique *Le VIH/sida devant les tribunaux – International*, nous faisons état d'une affaire semblable aux États-Unis : un tribunal a jugé que la preuve qu'une personne reçoit un traitement médical inférieur à la norme dans son pays d'origine (en l'occurrence, il s'agissait de la République dominicaine) ne constitue pas une preuve de torture. Le tribunal a maintenu la décision d'une instance inférieure de déporter un Dominicain séropositif. Toutefois, dans la même section de la *Revue*, nous signalons la décision d'une cour du Pays de Galles de réduire la peine d'incarcération d'un homme parce qu'il était séropositif.

Dans d'autres articles de ce numéro, nous voyons comment les cours peuvent redresser des lacunes et mettre en relief des problèmes que les gouvernements et d'autres instances doivent régler. Dans les *Nouvelles canadiennes*, nous signalons la décision d'un juge du Manitoba qui, en partie à cause des taux élevés de VIH et d'hépatite C dans les prisons fédérales de cette province, a refusé une

demande qui visait à faire comparaître un jeune de 16 ans devant un tribunal pour adultes. Nous parlons aussi de la poursuite intentée en Ontario contre trois médecins par une femme qui affirme qu'ils ne lui ont pas offert de passer un test du VIH alors qu'elle était enceinte (la mère et son enfant, entre-temps, ont tous deux reçu un diagnostic de séropositivité au VIH). Dans *Accès mondial aux traitements*, nous rapportons le cas d'une femme qui affirme, au Nigéria, qu'on lui a refusé des traitements pour la seule raison de sa séropositivité, et qui a intenté des poursuites en dommages et demandé une injonction de la cour afin que cesse la discrimination à l'endroit des personnes vivant avec le VIH/sida qui demandent des traitements.

Un des articles de ce numéro illustre que les cours sont parfois aux prises avec de difficiles questions d'éthique. Dans *Le VIH/sida devant les tribunaux – International*, nous examinons l'arrêt d'une cour de l'Australie qui a jugé que deux médecins avaient été négligents en n'agissant pas pour faire savoir à une femme récemment mariée qu'elle était vulnérable en raison de l'infection à VIH de son mari. Le couple avait consulté ensemble les médecins pour passer le test du VIH, mais l'homme et la femme avaient reçu séparément leurs résultats respectifs.

En outre, nous signalons dans les *Nouvelles canadiennes* un bien modeste pas dans un long processus dans la bonne direction : la décision du gouvernement fédéral d'approuver la demande de la Vancouver Coastal Health Authority (VCHA) pour l'ouverture de deux lieux sécuritaires pour l'injection (LSI) à Vancouver. Depuis l'annonce par Santé Canada, en octobre 2002, quant à sa disposition à accorder les exemptions ministérielles nécessaires au fonctionnement de LSI, neuf mois se sont

écoulés avant la publication des directives en la matière, puis le dépôt et l'acceptation de la demande de la VCHA. En juillet 2003, le financement d'opération de l'un des sites (celui qui est prévu dans le quartier Downtown Eastside) n'était pas encore assuré. De plus, des préoccupations ont été exprimées quant à l'ampleur de l'impact éventuel du LSI prévu dans le Downtown Eastside, compte tenu de la population de quelques milliers d'utilisateurs de drogue par injection, dans ce secteur, et du nombre de places d'injection limité à douze. Entre-temps, des groupes communautaires, mécontents du peu d'empressement des gouvernements à réagir à la très sérieuse crise de santé qui sévit dans ce quartier, ont ouvert des sites d'injection sans demander les autorisations prévues.

Notez que la rubrique sur le VIH/sida en prison est absente du présent numéro et reprendra dès le prochain.

## Hommage à la mémoire de Glen Hillson

C'est avec tristesse que nous avons appris le décès de Glen Hillson, activiste de longue date dans la lutte contre le sida et, au moment de son décès, correspondant aux nouvelles canadiennes de la *Revue*. Glen fut l'une des premières personnes chez lesquelles on a diagnostiqué l'infection à VIH, au début des années 1980. Il est décédé le 12 juin 2003 de complications liées au sida et à la co-infection à VHC. Ces quatre dernières années, il fut président de la British Columbia Persons with AIDS Society.

# Droits humains à Vancouver : les utilisateurs de drogue ont-ils un ami à la mairie?

de la page 1

Vancouver Area Network of Drug Users (VANDU) le Prix de l'action contre le VIH/sida et pour les droits humains. Le travail de VANDU a reçu à juste titre des éloges de plusieurs parties du monde, en tant que modèle d'organisme et service fondé sur le respect des droits des utilisateurs de drogue par injection. VANDU fournit des services d'échange de seringues et d'autres mesures qui sauvent des vies, parmi les utilisateurs de drogue les plus marginalisés, dans le Downtown Eastside de Vancouver – le quartier le plus pauvre au Canada, site de l'une des pires épidémies de sida dans le monde industrialisé.

La campagne électorale municipale de l'automne 2002, a attiré sur Vancouver une attention internationale. Elle mettait en vedette l'élection d'un conseil dominé par la Coalition of Progressive Electors (la COPE – la Coalition des électeurs progressistes), gouvernée par le candidat à la mairie Larry Campbell, un rare groupe de politiciens prêts à miser leur avenir politique sur un appui à la réduction des méfaits. Lorsque la COPE a été portée au pouvoir, en novembre 2002, nous – et bien d'autres intervenants, ailleurs dans le monde – considérons l'élection de Campbell et de ses collègues comme un tournant des plus prometteur. Enfin les utilisateurs de drogues pourraient-ils peut-être s'attendre à des services améliorés, pour un traitement humain de leur dépendance, à des lieux sécuritaires

pour se faire des injections, et à un appui résolu aux programmes d'échange de seringues.

Campbell, ancien constable de l'escouade antidrogue, a promis que l'une de ses premières priorités serait l'ouverture d'un lieu sécuritaire pour l'injection et il a maintes fois parlé de la dépendance à la drogue comme d'un problème d'ordre médical dans une ville dont les stratégies antidrogue avaient été dominées par de lourdes interventions policières. « Si j'étais d'avis que de tripler les effectifs de la police pourrait résoudre le problème, je le ferais, affirmait-il au *Wall Street Journal* le 1<sup>er</sup> avril 2003. Mais ce n'est pas le cas. Nous sommes devant la dépendance, la maladie; et la prison ne résoudra aucun de ces problèmes. »<sup>1</sup> Il semblait que les utilisateurs de drogue par injection pouvaient avoir un vrai allié à l'hôtel de ville.

## L'opération policière

La désillusion n'a pas tardé à remplacer l'espoir. Le 7 avril, six jours après ce commentaire au quotidien américain et quelques mois après son entrée à la mairie, la présence policière a été triplée, dans le Downtown Eastside, supposément pour débarrasser le quartier des trafiquants de drogue. Le conseil municipal de Vancouver a refusé au SPV la hausse de budget demandée pour l'embauche d'agents supplémentaires en vue de cette opération policière sévère, mais qu'à cela ne tienne, le SPV a déplacé vers le

Downtown Eastside des agents d'autres parties de la ville, augmentant de 20 à 60 officiers sa présence dans les rues, sur un périmètre de dix pâtés. Selon toute apparence, la promesse d'une stratégie antidrogue fondée sur la réduction des méfaits, le traitement et la prévention, plutôt que

Selon toute apparence, la promesse d'une stratégie antidrogue fondée sur la réduction des méfaits était reléguée aux oubliettes.

sur les coups policiers, était reléguée aux oubliettes.

HRW a visité le Downtown Eastside pendant quatre jours, vers la fin de la première semaine de l'opération policière. Nous voulions voir ce que l'initiative signifierait, pour les utilisateurs de drogue et leur capacité d'accès aux services, notamment en prévention du VIH. L'opération policière avait été précédée de trois semaines à émettre intensivement des mandats et à procéder à des arrestations proprement dites, assorties dans certains cas de conditions de libération qui incluaient de ne pas être en possession de seringue ni de drogue. Pendant notre brève visite, de



nombreux utilisateurs de drogue nous ont livré des témoignages qui concordaient avec les préoccupations exprimées par des experts, quant à la manière dont on s’y prenait dans cette « guerre à la drogue », à Vancouver. Un certain nombre d’utilisateurs de drogue ont relaté des cas de recours injustifié à la force, en particulier à des coups de poing ou à d’autres rudesses alors qu’on les avait déjà menottés. D’autres ont dit qu’on les avait fouillés de manières qui contrevenaient aux protections en la matière, dans la Charte canadienne des droits et libertés ainsi que dans les normes internationales des droits de la personne. D’après des témoins, la police a émis de nombreux constats d’infraction à des règlements municipaux, comme des traversées illégales de la rue, qui semblaient avoir pour but dans plusieurs cas de justifier la fouille et le harcèlement d’utilisateurs de drogue.

Tout aussi troublants furent les témoignages de fournisseurs de services de santé et de préposés à l’échange de seringues, à l’effet que l’opération policière (dont l’objectif officiel était de viser les trafiquants et les revendeurs de rue) avait la conséquence indésirable de conduire des utilisateurs de drogue à se tenir loin des services de santé et de réduction des méfaits. Des infirmières de rue nous ont affirmé que la présence policière avait dispersé leurs clients et avait rendu difficile de les repérer pour leur fournir les services. Plusieurs intervenants en soins infirmiers ont affirmé par ailleurs que les répercussions de l’opération, pour les utilisateurs de drogue, auraient pu être moins prononcées si le lieu sécuritaire d’injection longtemps attendu avait été en fonction, car les personnes déplacées des recoins où elles avaient l’habitude d’aller pour se faire des

**L’opération aurait pu être moins néfaste pour les utilisateurs de drogue si le lieu sécuritaire d’injection longtemps attendu à Vancouver avait été en fonction.**

injections, aux abords des rues, auraient eu un endroit sûr où aller.

### **La réaction au rapport**

Le 7 mai, nous avons rendu publics nos constats, dans un rapport de 26 pages.<sup>2</sup> La réaction de la Ville fut de chercher rapidement à dénigrer HRW, dans des déclarations à la presse dès la parution du rapport, puis dans une lettre ouverte du maire. Des porte-parole de la police ont affirmé à la presse que HRW avait fabriqué des témoignages et que, dans tous les cas, les témoignages de première main cités dans notre rapport n’étaient que oui-dire. De toute évidence, on tentait de rabaisser au rang de rumeur les témoignages de première main présentés dans le rapport. C’est ce genre de réponse que des autorités gouvernementales de partout, dans le monde, offrent à notre travail lorsque la majeure partie des témoignages cités vient d’utilisateurs de drogue, travailleurs du sexe ou autres personnes de groupes marginalisés.

En réaction à nos inquiétudes quant à l’impact sanitaire de l’opération policière, la Ville ainsi que la Vancouver Coastal Health Authority<sup>3</sup> [Instance sanitaire de la côte de Vancouver] ont affirmé qu’elle n’avait rien dérangé aux services de santé dans le Downtown Eastside – et que, de fait, les services ont même pu être améliorés grâce à cette action. Des

porte-parole de la police ont affirmé que plusieurs utilisateurs de drogue les avaient remerciés personnellement d’avoir rendu les rues plus sûres. Les autorités sanitaires ont affirmé que le nombre de seringues échangées à Vancouver avait augmenté, pendant l’épisode policier, tout en admettant que c’était au moins en partie dû à la température plus clémente (on échange plus de seringues pendant les mois plus chauds). Cette affirmation contredit pourtant les comparaisons statistiques de chercheurs du British Columbia Centre for Excellence on HIV/AIDS, qui démontrent une diminution du volume d’échange de seringues entre 2002 et 2003, pour la période de mars à mai.

Or, même si le nombre de seringues échangées était demeuré élevé dans l’ensemble, l’Instance sanitaire aurait tort de ne pas porter une attention particulière aux services à l’intention des usagers les plus vulnérables. Comme nous l’avons documenté dans notre rapport, le service mobile d’échange de seringues nocturne de VANDU, qui ratisse les trottoirs, les ruelles et les stationnements du Downtown Eastside, a noté dès le 7 avril une diminution abrupte de son nombre de seringues échangées. Des porte-parole des autorités sanitaires ont qualifié l’expérience de VANDU d’observation statistiquement aberrante, en signalant que, de tous les chiffres qu’ils ont examinés, seuls ceux de VANDU montraient un déclin significatif de l’échange de seringues pendant les premières semaines de l’opération policière. Le fait de qualifier le phénomène d’observation aberrante, une tentative peu scientifique de minimiser l’importance des données de VANDU, n’est que trop véridique dans un sens que la Ville ne l’avait peut-être pas envisagé – au sens que les utilisateurs les plus marginalisés,



ceux que joint VANDU, sont eux-mêmes en situation aberrante, régulièrement poussés aux limites de la sécurité. Les chiffres de VANDU méritent que l'on s'y attarde avec un sérieux que la Ville et l'Instance sanitaire ne semblent pas vouloir leur accorder, parce que les services de VANDU ciblent les personnes dont la santé est la plus susceptible de subir les pires conséquences, lorsqu'on les pousse dans des lieux où il est risqué de se faire une injection.

Lorsque nous avons visité à nouveau l'échange mobile nocturne de VANDU, en juin, les nombres de seringues étaient en voie de rétablissement, en quelque sorte – encore une fois, cela peut être dû à la saison –, mais le taux de seringues données « en prêt » (c.-à-d. même si l'usager ne rapporte pas sa seringue usagée), par opposition à l'échange de seringues neuves contre des usagées rapportées par les clients, demeurait plus élevé qu'avant l'opération policière. Les travailleurs de VANDU attribuent cela au fait que certains usagers craindraient de garder une seringue sur eux et que la police les arrête et puisse les accuser de possession de seringue. Une proportion élevée de seringues « prêtées » est un élément de préoccupation sanitaire : elle peut impliquer que plusieurs seringues sont conservées pour réutilisation ou partage, ou jetées de manière peu sécuritaire. Voilà une raison de plus pour laquelle toute évaluation de l'impact sanitaire de l'opération policière devrait porter une attention minutieuse à la population dont s'occupent les bénévoles de VANDU.

### Les activistes de Vancouver réagissent

Le 7 avril, peu avant la sortie de notre rapport, des activistes locaux de Vancouver ont ouvert un lieu sécuritaire

pour l'injection (LSI), quoique illégal, pour offrir aux utilisateurs de drogue un lieu sûr pour leurs injections, durant l'opération policière. Une infirmière autorisée et un employé, sur les lieux du site illégal, ont dit aux médias qu'ils « ne pouvaient pas rester sans rien faire, à regarder d'autres gens mourir alors que ces décès peuvent être prévenus ».<sup>4</sup> Incroyablement, dans sa sortie pour réfuter le rapport de HRW, le maire Campbell a cherché à s'attribuer un certain mérite à permettre que le LSI fonctionne. Il a affirmé que le fait qu'on n'ait pas fait fermer ce site « n'est pas compatible avec la vague d'oppression policière que dépeint le rapport de HRW ». Un article paru dans un quotidien américain a décrit le site illégal comme étant « toléré par le nouveau maire » et comme « un signe que les politiques canadiennes sur les drogues vont dans une direction qui diverge grandement de celles des États-Unis »<sup>5</sup> – mais sans mention des intervenants qui avaient ouvert le site, ni de leurs motifs.

Le maire et la police ont maintes fois affirmé que la recommandation de HRW que soit effectuée une enquête réellement indépendante sur les plaintes contre la police était redondante puisqu'une enquête indépendante était déjà en cours. La supervision de la police de Vancouver relève d'un commissaire provincial à la police. Ce poste est effectivement indépendant, mais la procédure habituelle de traitement des plaintes du public à l'endroit de la police consiste à déléguer l'enquête au service policier qui est l'objet de la plainte. Le commissaire provincial actuel, Dirk Ryneveld, a des compétences exceptionnelles pour ce poste; il est connu non seulement pour ses excellents services comme procureur, en Colombie-Britannique, mais aussi pour son

travail au Tribunal pénal international pour l'ex-Yougoslavie, pendant quatre ans à La Haye.

Pour un service de police qui a des antécédents comme celui de Vancouver, cependant, la procédure normale d'enquête sur les plaintes devrait être remise en question. Les observations de HRW ne sont pas le premier signe que quelque chose cloche, au SPV. L'histoire complète reste à dire, à propos de la manière dont la police s'est (ou ne s'est pas) occupée des cas d'une soixantaine de femmes de Vancouver (dont plusieurs vivaient dans le Downtown Eastside et certaines étaient des travailleuses du sexe) dont

Les observations de Human Rights Watch ne sont pas le premier signe que quelque chose cloche, à la Police de Vancouver.

la disparition avait été signalée, au cours des dernières années. Les restes du corps de plusieurs de ces femmes ont été ultérieurement retrouvés sur les lieux d'une porcherie, non loin de Vancouver. Le SPV a été largement critiqué pour avoir accordé peu de poids aux signalements de parents et d'autres personnes quant à la disparition de certaines de ces femmes. La Gendarmerie royale du Canada (GRC) a dû éventuellement intervenir pour s'occuper de l'affaire. De plus, six agents du SPV ont récemment fait l'objet d'accusations de brutalité à l'encontre de trois personnes soupçonnées d'être des trafiquants de drogue, dans le Stanley Park en janvier 2003. En octobre 2002, en outre, la Pivot Legal Society, un organisme de Vancouver, a décrit les cas d'une

cinquante de personnes, dont plusieurs du Downtown Eastside, qui ont juré dans des affidavits avoir été aux prises avec des cas d'abus de la part de policiers du SPV.<sup>6</sup>

### Des plaintes officielles sont logées

Le 9 juin 2003, la Pivot Legal Society a déposé au commissaire des plaintes à la police un dossier comportant cinquante plaintes sous serment, assorties de noms, dates et numéro de plaque policière, relativement au SPV. Elle demande une enquête publique, au lieu d'un renvoi des plaintes aux enquêteurs du SPV. Elle signale que le volume de plaintes dépasse la capacité des inspecteurs de la section des enquêtes, et rapporte que les responsables du SPV ont déjà exprimé publiquement leur mépris de telles plaintes, révélant un manque d'objectivité qui ne convient pas à la tâche de mener cette enquête. La façon dont on réagira à cette affaire (à laquelle devrait s'intéresser toute personne préoccupée par la justice pour les utilisateurs de drogue par injection et les personnes vulnérables au VIH) sera révélatrice du degré de sérieux de la Ville et de la province, relativement à la protection des droits des résidents les plus vulnérables de Vancouver.

Notre expérience récente, dans l'examen de la récente opération policière de Vancouver, ajoute foi à l'affirmation de Pivot quant au manque d'objectivité du SPV pour enquêter sur des accusations d'abus policiers. Dans une lettre à un journal local, par exemple, l'inspecteur de police qui est chargé de l'opération policière en cours a qualifié de « bizarres » et « idéologiques » les témoignages de première main cités dans notre rapport. Il a ajouté : « [L]es personnes qui sont arrêtées

n'en sont pas toujours contentes et elles racontent souvent une histoire différente de la vérité ». <sup>7</sup> Ces quelques propos inspirent peu de confiance que les plaintes d'abus transmises au SPV puissent être examinées de manière juste. [Note de l'éditeur : En juillet 2003, après la rédaction de cet article, la GRC a accueilli la demande de M. Ryneveld, commissaire provincial aux plaintes sur la police, d'enquêter sur les plaintes déposées par la Pivot Legal Society.]

Les attaques du SPV et de la Mairie de Vancouver pour entacher la crédibilité de HRW n'ont eu d'égal que le volume de courrier haineux que nous avons reçu de résidents de Vancouver qui appuient l'opération policière. Certains nous ont accusés de dire des « mensonges éhontés » et de nous « intéresser davantage à la tromperie qu'à raconter l'histoire véridique ». Ces personnes parlaient des utilisateurs de drogue cités dans notre rapport en les traitant de « gaspillage scandaleux de la vie humaine », de « misérables » et de « fardeaux économiques ... pour la société d'aujourd'hui ». Il va sans dire que nous considérons ces lettres comme autant de preuves supplémentaires de l'opprobre et de la discrimination que vivent chaque jour les utilisateurs de drogue, en particulier à cause du statut de criminels que leur confèrent les lois canadiennes en matière de drogue.

Vancouver était l'une des trois villes en lice pour être l'hôtesse des Jeux olympiques d'hiver, en 2010, et elle a été choisie par le Comité international olympique (CIO) en juillet 2003 pour ces jeux. Au fil des ans, HRW a été témoin ici et là des pressions qui s'exercent sur les villes candidates pour les Olympiques, relativement au « nettoyage des

rues » pour arriver à être choisies par le CIO – Beijing en étant le plus récent exemple. On ne peut que spéculer sur le degré auquel le fait d'être en lice pour recevoir les Jeux a pu contribuer à la décision de Vancouver de tripler ses effectifs policiers dans son quartier le plus pauvre et le moins attrayant. Il est inévitable de se poser la question, vu le moment choisi pour l'opération policière.

Le maire Campbell a prétendu que le type d'enquête que HRW a effectuée à Vancouver peut bien être approprié en Afghanistan ou au Kosovo, mais pas au Canada où la liberté de presse et un système judiciaire efficace assurent que les violations des droits de la personne ne passent pas inaperçues. Or HRW fait plus d'enquêtes aux États-Unis que partout ailleurs et ce pays s'enorgueillit aussi d'une liberté de presse et d'un système judiciaire efficace. La prétention du maire en est une que nous entendons souvent lorsque nous travaillons dans des pays démocratiques. En somme, l'histoire de Vancouver (notamment la réaction de la Ville à notre rapport et son insistance à affirmer que la police peut effectuer ses propres enquêtes sur elle-même) montre qu'il peut arriver que la politique vienne se mettre dans les jambes des institutions démocratiques les plus efficaces – comme si l'on eût besoin d'en faire la preuve.

– Joanne Csete et Jonathan Cohen

Joanne Csete est directrice du programme VIH/sida et droits humains, à Human Rights Watch. On peut la joindre à [csetej@hrw.org](mailto:csetej@hrw.org). Jonathan Cohen est chercheur pour ce même programme et peut être joint à [cohenj@hrw.org](mailto:cohenj@hrw.org).

<sup>1</sup> Baglolle J., « Vancouver Drug Facilities Draw Ire of U.S. Officials », *Wall Street Journal*, 1 avril 2003.

<sup>2</sup> Human Rights Watch, « Abusing the user: Police misconduct, harm reduction and HIV/AIDS in Vancouver »,

*Human Rights Watch Report*, 2003, 15(2B). Accessible à [www.hrw.org/reports/2003/canada/](http://www.hrw.org/reports/2003/canada/).

<sup>3</sup> Les services de santé, en Colombie-Britannique, sont gérés par cinq instances régionales. La Vancouver Coastal Health Authority est celle qui comprend la ville de Vancouver.

<sup>4</sup> *Pivot Newswire*, « Safer injecting site opens in the Downtown Eastside in response to 'Project Torpedo' » 28 avril 2003.

<sup>5</sup> Krauss C., « Canada parts with U.S. on drug policies », *New York Times*, 18 mai 2003.

<sup>6</sup> Pivot Legal Society, « To Serve and Protect », novembre 2002. Accessible à [http://pivotlegal.org/beta/aff/pivot\\_toserveandprotect.pdf](http://pivotlegal.org/beta/aff/pivot_toserveandprotect.pdf).

<sup>7</sup> La police affirme avoir réduit les dangers dans le milieu où circule la drogue. Lettre de l'inspecteur Doug LePard, Vancouver Police Department, publiée dans le *Vancouver Sun*, 12 mai 2003.

# Changements législatifs récents en matière de confidentialité

de la page 1

## Introduction

Nous sommes d'avis que les renseignements personnels sur la santé sont parmi les informations les plus délicates qui soient. Parmi ces renseignements, la mention de la séropositivité au VIH est possiblement l'élément le plus délicat de tous. Dans le cadre de notre travail, nous avons constaté qu'il est habituel, plutôt qu'exceptionnel, que les personnes dont la séropositivité est divulguée sans leur consentement se heurtent à des difficultés.<sup>1</sup>

La plupart des ressorts canadiens et une grande partie du reste du monde sont actuellement dans une période de changements importants en matière de législation sur la confidentialité. Des projets de lois sont devant les assemblées législatives de plusieurs provinces canadiennes et des lois sur la confidentialité des renseignements personnels ont été adoptées par le gouvernement fédéral du Canada, ainsi qu'aux États-Unis, en Europe et en Australie.

La capacité de l'individu de contrôler la circulation de l'information sur le fait qu'il vit avec l'infection à VIH est un droit crucial à obtenir, pour les personnes vivant avec le VIH/sida. Le Comité consultatif ontarien sur le VIH/sida (OACHA) a affirmé :

il est fréquent qu'une maladie s'accompagne de stigmatisation, en particulier s'il s'agit d'une maladie transmissible qui met la vie en jeu. Puisque l'infection à VIH est souvent associée à certaines activités touchant les relations sexuelles et l'usage de drogue, la stigmatisation à l'endroit des PVVIH/sida est répandue. La divulgation peut exposer ces personnes, directement ou indirectement, à la discrimination ou au rejet par la famille, des amis ou la communauté.<sup>2</sup>

Le droit est un instrument de politiques sociales qui, en soi, peut avoir des répercussions positives (ou négatives) sur la manière dont une société traite ses minorités. À plusieurs égards, la stigmatisation des person-

La capacité individuelle de contrôler la circulation de l'information sur leur séropositivité est un droit crucial à obtenir, pour les personnes vivant avec le VIH/sida.

nes vivant avec le VIH/sida peut être présentée comme un construit social. De nouvelles lois sont une manière de modifier ce construit pour le mieux. Par conséquent, le tourbillon actuel d'activité législative est important, pour les personnes vivant avec le VIH/sida. Il s'agit d'une occasion d'influencer le discours et d'améliorer le respect de l'autonomie et de la dignité de ces personnes. En revanche, les changements à la législation sur la confidentialité et la vie privée présentent des risques possibles. Les assemblées législatives peuvent éroder les quelques protections dont disposent les gens, en la matière, si elles échouent à utiliser un langage précis

ou si elles font délibérément des choix de politiques qui, pour des intérêts perçus comme scientifiques ou d'autre nature sociétale, privilégient la divulgation au détriment de l'intérêt personnel lié à la confidentialité.

## Le contexte historique

Jusqu'ici, l'avant-garde de la protection de la vie privée réside dans l'arène du droit international.<sup>3</sup>

L'article 12 de la *Déclaration des droits de l'homme*, adoptée et proclamée par les Nations Unies le 10 décembre 1948, stipule :

Nul ne sera l'objet d'immixtions arbitraires dans sa vie privée, sa famille, son domicile ou sa correspondance, ni d'atteintes à son honneur et à sa réputation. Toute personne a droit à la protection de la loi contre de telles immixtions ou de telles atteintes.<sup>4</sup>

L'article 17 du *Pacte international relatif aux droits civils et politiques* (PIRDPC), adopté par les Nations Unies en décembre 1966, renferme le même langage.<sup>5</sup> En 1988, le Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme a adressé la directive suivante aux États signataires du PIRDPC :

Étant donné que toutes les personnes vivent en société, la protection de la vie privée est nécessairement relative. Toutefois, les autorités publiques compétentes ne doivent pouvoir réclamer que celles des informations touchant la vie privée de l'individu dont la connaissance est indispensable à la société, au sens du Pacte.<sup>6</sup>

Les premières lois pour protéger la confidentialité de l'information personnelle ont été adoptées par des pays européens au début des années 1970.<sup>7</sup> La Suède a entériné une *Loi sur la protection des renseignements*

en 1973 et d'autres pays de l'Europe ont fait de même (la République fédérale d'Allemagne en 1977, puis la Norvège, le Danemark et la France en 1978).

## Les Directives de l'OCDE

Vu cette mosaïque de lois européennes sur la confidentialité, l'Organisation pour la coopération et le développement économiques (OCDE) s'est inquiétée que la protection des renseignements personnels puisse en venir à nuire au commerce ou au développement économique. L'OCDE est une organisation internationale formée de 30 États membres (dont le Canada) et engagée à une économie de marché et à une démocratie pluraliste. Son but est de promouvoir le développement économique dans un cadre démocratique. Vu sa crainte de restrictions commerciales, l'OCDE a adopté en 1980 les *Lignes directrices de l'OCDE sur la protection de la vie privée et les flux transfrontières de données de caractère personnel*.<sup>8</sup> Ces lignes directrices ont été acceptées par tous les pays membres de l'OCDE (le Canada l'a fait en 1984).

Les Lignes directrices de l'OCDE ne protègent pas la vie privée. Elles sont plutôt conçues pour guider les États qui décident d'élaborer des lois sur la protection des renseignements personnels à éviter qu'une nouvelle loi fasse indûment interférence entrave au flux de renseignements personnels entre des États membres.<sup>9</sup> Néanmoins, les lignes directrices contiennent une série de principes pour une « information équitable », des éléments qui ont été intégrés à la plupart des nouvelles lois nationales en la matière. Un de ces principes est celui que, si l'on recueille des renseignements personnels, les données colligées devraient se limiter à

l'information qui est nécessaire aux buts de la collecte. Ainsi, si vous êtes une personne vivant avec le VIH/sida, que vous vous présentez à l'urgence d'un hôpital avec une jambe cassée et que vous faites mention de votre séropositivité, on ne devrait pas vous demander comment vous avez contracté l'infection à VIH car ce renseignement qui n'est pas nécessaire à votre traitement pour la fracture à la jambe ne devrait pas être consigné.

Un autre principe d'information équitable énoncé dans les Lignes directrices de l'OCDE est que, lorsque l'on recueille de l'information venant de vous, on devrait vous dire à quoi l'information servira et l'on ne devrait pas l'utiliser à d'autres fins. Signalons ici que les pratiques d'hôpitaux canadiens enfreignent régulièrement et systématiquement ce principe, lorsque l'on utilise les renseignements contenus dans des dossiers médicaux à des fins de recherche et de politiques publiques.<sup>10</sup>

D'autres principes formulés dans les Lignes directrices de l'OCDE incluent notamment ceux-ci :

- Le consentement à la divulgation ou à l'utilisation de renseignements personnels est nécessaire, à moins d'autorisation légale à l'effet du contraire.
- Les données personnelles devraient être protégées par des mesures de sécurité adéquates.
- Les individus devraient avoir la possibilité d'avoir accès au(x) dossier(s) d'information à leur sujet et d'en rectifier le contenu.
- Une personne contact pour le public devrait être désignée et responsable de veiller au respect de principes.

Bien que ces principes existent



depuis plus de 25 ans et que le Canada les ait adoptés en 1984, ils n'ont été que récemment intégrés dans le droit canadien.

### L'expérience du Canada

Traditionnellement, dans les ressorts autres que le Québec,<sup>11</sup> l'expérience canadienne en matière de confidentialité de l'information a deux volets. Premièrement, le droit commun ne protège pas adéquatement les droits à la vie privée et à la confidentialité, puisqu'il n'y a pas de délit généralement reconnu en matière de violation de la vie privée<sup>12</sup> et que les tentatives d'en codifier un n'ont pas été bien fructueuses.<sup>13</sup> Deuxièmement, la législation sur la confidentialité de l'information est généralement limitée à l'information détenue par le gouvernement. Par exemple, le gouvernement fédéral a adopté la *Loi sur la protection des renseignements personnels*, en 1983, mais cette dernière ne régit que la collecte, la conservation et l'utilisation de données personnelles par des institutions et ministères du gouvernement fédéral.<sup>14</sup> Des lois semblables (souvent amalgamées en une seule loi, avec des dispositions relatives à l'accès à l'information gouvernementale) existent à travers le Canada.<sup>15</sup> La réaction législative traditionnelle canadienne a non seulement été confinée à l'information détenue par les gouvernements : les lois proprement dites n'apportent pas grand chose en matière de protection de la vie privée et des renseignements personnels. Par exemple, en Ontario, si un agent de police révèle à votre voisin que vous vivez avec le VIH, vous pourrez porter plainte auprès du Bureau du commissaire à l'information et à la protection de la vie privée, mais le statut de sa Commission ne lui permet pas de vous offrir un recours contre la police. Elle peut recomman-

der une réparation mais elle n'a que peu de moyens (voire aucun) de contrainte à cet effet. Des lacunes structurelles semblables se rencontrent dans

Jusqu'ici, il a été très difficile, pour des personnes vivant avec le VIH/sida, d'exercer un recours légal lorsque des renseignements à leur sujet étaient divulgués à des tiers sans leur consentement.

la plupart des modèles législatifs, à travers le pays.

Par conséquent, il a été jusqu'ici très difficile, pour des personnes vivant avec le VIH/sida, d'exercer réellement un recours légal, lorsque des renseignements à leur sujet étaient divulgués à des tiers sans leur consentement. Cela commence à changer, en grande partie en raison de la *Directive 95/46/CE du Parlement européen relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données*.<sup>16</sup> Cette directive introduite en 1995 est entrée en vigueur en octobre 1998. Elle requiert que les lois des États membres interdisent le transfert d'information de pays européens à un partenaire d'affaires, si ce dernier n'est pas doté de mesures adéquates pour la protection de l'information personnelle. En conséquence, le Canada s'est trouvé contraint d'adopter des mesures de protection de telle information ou de risquer une interruption de son commerce avec l'Europe.

Cette pression a fini par conduire le gouvernement canadien à adopter la *Loi sur la protection des renseignements personnels et des documents électroniques* (LPRPDÉ).<sup>17</sup> Des pressions semblables sur d'autres partenaires commerciaux non européens ont stimulé des initiatives législatives similaires, à travers le monde, notamment en Australie, en Argentine, en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis.

### La Loi sur la protection des renseignements personnels et des documents électroniques

La LPRPDÉ est conçue pour régir la collecte, l'utilisation et la divulgation de renseignements personnels dans le secteur privé ou commercial. La LPRPDÉ entre en vigueur par étapes. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2002, elle s'applique aux renseignements personnels dans le secteur privé réglementé par le fédéral, comme les lignes aériennes, les banques, la télédiffusion, le transport inter-provincial et les télécommunications. Elle s'applique maintenant aussi aux transferts d'information entre provinces, lorsqu'il est effectué à des fins commerciales. Bien qu'il s'agisse d'une loi fédérale, elle est conçue pour s'appliquer également aux entreprises provinciales et commerciales à compter de janvier 2004. En vertu des articles 26 et 30 de la LPRPDÉ, toute province dotée d'une législation « essentiellement similaire » à cette loi est exemptée de l'application des dispositions de la LPRPDÉ. Jusqu'à présent, seul le Québec a été reconnu comme étant doté d'une loi similaire, par M. George Radwanski, qui a été commissaire fédéral à la vie privée jusqu'en juin 2003.

La LPRPDÉ est une loi de très grande importance, dans le contexte de la promotion des droits des personnes séropositives de contrôler la

divulgaration de l'information sur leur état sérologique. Charnetski et coll. ont décrit la LPRPDÉ comme ceci :

Il s'agit d'une législation à grande portée qui vise à régir toute collection, tout usage et toute communication de renseignement personnel par des entreprises privées dans le cadre d'activités commerciales, sans égard à la question de savoir si cette information a été obtenue par le truchement d'Internet ou de commerce électronique, ou en rapport avec ce domaine. Elle inclut également une norme à laquelle peuvent être tenues les organisations concernées, dans des contextes autres que ceux de la loi, comme les actions au civil, y compris les réclamations de dommages. Bien que la réglementation sur la confidentialité et la collecte, l'utilisation et la transmission de renseignements personnels fasse partie depuis longtemps des cadres législatifs appliqués au secteur public, la Loi constitue la première initiative législative fédérale d'application générale à ce domaine qui concernera aussi l'entreprise privée. De plus, elle offre aux individus des mécanismes qui, à terme et par un raffinement issu de considérations judiciaires, pourraient s'avérer très puissants pour assurer la protection des renseignements personnels.<sup>18</sup>

La LPRPDÉ intègre expressément le *Code type sur la protection des renseignements personnels* de l'Association canadienne de normalisation, un ensemble de principes visant les pratiques dans la gestion des renseignements, semblables à ceux établis par l'OCDE. Ces principes<sup>19</sup> représentent une amélioration fondamentale des pratiques relatives à la gestion de l'information et aux normes de confidentialité – ce qui sera d'un grand intérêt pour les personnes vivant avec le VIH/sida. D'importance suprême est la notion centrale voulant que la

divulgaration de renseignements personnels, ou l'utilisation ou la collecte de tels renseignements, ne devrait avoir lieu (hormis dans des circonstances limitées et définies) que si l'individu concerné y a consenti.

**La divulgation, l'utilisation et la collecte de tels renseignements personnels ne devraient avoir lieu, hormis des circonstances limitées et définies, que si l'individu y a consenti.**

Vu l'occasion d'être exemptés de l'application de la loi fédérale, les provinces et territoires ont adopté diverses stratégies quant à la manière de réagir. Les provinces atlantiques et les territoires ont décidé de ne pas adopter de législation provinciale relativement au secteur privé; la LPRPDÉ s'appliquera donc dans tous ces ressorts à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004.<sup>20</sup> L'Ontario, la Colombie-Britannique et l'Alberta ont annoncé des initiatives législatives, en réponse à la LPRPDÉ. Nous en discutons ci-dessous.

## Développements récents et en cours

### En Ontario

La réaction ontarienne aux pressions internationales et fédérales d'adopter une législation relativement à une gestion juste de l'information et à la vie privée, fut d'initier de nombreux processus de consultation afin d'élaborer une législation acceptable aux multiples intérêts contradictoires. En juin 1996, Mme Helen Johns, alors ministre adjointe à la Santé, a rendu

public « A Legal Framework for Health Information Consultation Paper » [Document de consultation sur un cadre légal pour l'information sur la santé].<sup>21</sup> Pendant l'automne 1997, le ministre de la Santé de l'époque, Jim Wilson, annonçait que le gouvernement ontarien planifiait d'adopter une législation régissant la collecte, la divulgation et la destruction des renseignements et dossiers médicaux personnels. Par la suite, le gouvernement a rendu publique une ébauche de réglementation, pour consultation, intitulée *Loi sur la protection des renseignements personnels 1997*.

En septembre 2000, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a lancé un autre processus de consultation, intitulé « Proposition de législation ontarienne sur la confidentialité des renseignements médicaux personnels dans le secteur de la santé (Règles de confidentialité pour le secteur de la santé) » [trad.]. Au moment où se déroulait cette consultation concernant le secteur de la santé, le ministère des Consommateurs et des Affaires amorçait sa propre consultation. Les propositions de septembre 2000 envisageaient une loi générale sur la confidentialité et la vie privée relativement au secteur public, accompagnée d'« annexes » pour divers secteurs de l'économie. En décembre 2000, le gouvernement a déposé le projet de loi 159 en Chambre. Intitulé *Loi de 2000 sur la confidentialité des renseignements personnels sur la santé*, ce projet de loi a immédiatement soulevé la controverse.<sup>22</sup> Le Commissaire provincial à l'information et à la vie privée l'a qualifié de « décidément imparfait » [traduction littérale] et a affirmé qu'il nécessitait de « beaucoup de travail ».<sup>23</sup> Le commissaire fédéral à la vie privée est allé plus

loin dans ses commentaires, devant le Comité permanent [ontarien] des Affaires gouvernementales en février 2001 :

J'ai le regret de vous dire que sous sa forme actuelle, elle représente une menace pour le droit à la protection des renseignements médicaux personnels, et non un outil de défense de ce droit. De fait, cette législation semble conçue dans le but d'assurer au gouvernement de l'Ontario – et à une liste pratiquement sans fin d'autres organismes et particuliers – un accès illimité aux renseignements médicaux, qui sont très personnels, de tous les Ontariens.<sup>24</sup>

Le projet de loi 159 est mort au feuillet lorsque la session législative a pris fin, quelques semaines plus tard. En février 2002, le ministère des Services aux consommateurs et aux entreprises publiait un autre document de consultation, qui incluait encore une ébauche de réglementation, cette fois sous le titre de « Loi sur la confidentialité des renseignements personnels 2002 ». <sup>25</sup> Plus de 200 organismes ont déposé des commentaires.<sup>26</sup> On s'attendait en général à ce que le gouvernement ontarien dépose un nouveau projet de loi à l'automne 2002. Cela n'a pas eu lieu, bien que l'on laisse entendre que le nouveau texte aurait déjà été complété.<sup>27</sup> En conséquence, les Ontariens attendent dans le néant, incertains quant à savoir si la LPRPDÉ s'appliquera en Ontario à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004 ou si une loi sera adoptée à la hâte par le Parlement, pendant l'automne 2003.

### En Colombie-Britannique

En 1999, la législature de la Colombie-Britannique (C.-B.) a créé un Comité spécial sur la confidentialité de l'information dans le secteur privé. Le comité a tenu des audiences publiques en janvier 2000 et publié en

mars 2001 un rapport détaillé de ses constats. En 2002, le Ministry of Management Services Corporate Privacy and Information Access Branch [ministère des Services de gestion, Division de la confidentialité corporative et de l'accès à l'information] a publié un document de consultation et annoncé qu'il prévoyait introduire une législation sur la confidentialité des renseignements personnels, avant l'entrée en vigueur de la LPRPDÉ (1<sup>er</sup> janvier 2004). À l'époque, la C.-B. s'attendait à ce que l'Alberta et l'Ontario introduisent des lois semblables, et elle a annoncé publiquement que les trois provinces travaillaient ensemble pour assurer une approche harmonisée.

En avril 2003, le gouvernement de la C.-B. a introduit le projet de loi 38, *Loi sur la protection des renseignements personnels*. L'étape de la deuxième lecture a été franchie le 1<sup>er</sup> mai 2003.<sup>28</sup> L'on s'attendait à ce que la loi soit promulguée à la hâte avant la fin de mai 2003,<sup>29</sup> comme le laissaient entendre des commentaires de l'opposition, en chambre le 1<sup>er</sup> mai 2003.<sup>30</sup> Mais le commissaire fédéral à la vie privée a exercé son influence dans une réaction critique au projet de loi 38, qui semble en avoir retardé l'adoption. Le 7 mai 2003, le commissaire a écrit au ministre des Services de gestion de la C.-B., à propos du projet de loi 38, et il a déposé sa lettre sur son site Internet, sous forme de communiqué de presse, dont voici un extrait :

[L]e projet de loi 38 présente un certain nombre de graves lacunes qui, à mon avis, empêcheraient le gouvernement du Canada de reconnaître cette loi, sous sa forme actuelle, comme étant essentiellement similaire à la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques (LPRPDÉ)* du gouvernement fédéral.<sup>31</sup>

Les critiques du commissaire fédéral à la vie privée, quant au projet de loi 38 de la C.-B., visent notamment les dispositions d'exemption au motif d'« antériorité », prévue pour les collections de données existantes. Autrement dit, si l'on avait collecté des données avant l'entrée en vigueur de la loi projetée, on aurait pu continuer d'utiliser et de divulguer l'information sans être tenu de respecter la nouvelle loi. Les professionnels de la collecte de fonds avaient milité pour une telle disposition, afin de pouvoir continuer d'utiliser leurs listes actuelles de donateurs. Le commissaire à la vie privée a formulé d'autres critiques, notamment celles-ci :

- Le projet de loi permettrait un « consentement implicite » à la collecte, l'utilisation et la divulgation de renseignements personnels.
- Le projet de loi permettrait aux employeurs de divulguer de l'information à propos d'employés, sans le consentement de ces derniers.
- Les dispositions du projet de loi relativement à la capacité des employés d'avoir accès aux dossiers à leur sujet, et d'en faire recueillir le contenu, étaient inadéquates.
- Et le langage utilisé dans le projet de loi pour permettre des divulgations de renseignements à des fins d'enquête était trop vague.

Une différence cruciale qui s'observe entre la LPRPDÉ et le projet de loi 38 de la C.-B., et que le commissaire fédéral à la vie privée n'a pas signalée dans sa lettre, réside dans les recours prévus par chacun. En vertu de la loi fédérale, les demandeurs dont la plainte est accueillie peuvent, dans certaines circonstances d'une violation de la LPRPDÉ, demander à la



cour de leur accorder des compensations monétaires pour les préjudices subis. Le plaignant a droit à une compensation pour l'humiliation qu'il peut avoir subie.<sup>32</sup> En conséquence, il est possible d'obtenir d'une cour fédérale, en vertu de la LPRPDÉ, une ordonnance de compensation pour préjudice

La LPRPDÉ reconnaît explicitement qu'une violation de la vie privée touche l'intérêt de la dignité et peut causer une humiliation.

sans devoir prouver une perte monétaire. En revanche, l'article 57 du projet de loi 38 limite expressément les compensations aux cas de préjudices concrets. Puisque plusieurs personnes vivant avec le VIH/sida n'ont pas d'emploi, une violation des droits relatifs à la vie privée ne résulterait pas en une perte de salaire, des dépenses à payer soi-même ou d'autres pertes monétaires. La LPRPDÉ reconnaît explicitement qu'une violation de la vie privée touche l'intérêt de la dignité et que de tels cas peuvent être humiliants, en conséquence de quoi elle permet que des compensations pour préjudices soient revendiquées pour ce motif. Le projet de loi 38, qui ne va pas jusque-là, offre des recours d'une portée plus limitée, pour les personnes vivant avec le VIH/sida.

On rapporte que le commissaire provincial à l'information et à la vie privée de la C.-B. aurait exprimé son désaccord avec les conclusions de son homologue fédéral, et qu'il serait en faveur du projet de loi 38. Il a été cité comme ayant affirmé : « Je crois que

ce projet de loi est une excellente mesure, conçue en Colombie-Britannique, qui procure un équilibre approprié entre les intérêts individuels à la vie privée et les besoins de toutes les organisations du secteur privé ». <sup>33</sup> Après la sortie de la lettre du commissaire fédéral, le projet de loi 38 n'a pas été ramené en chambre pour l'adoption, contrairement aux prédictions. La session législative a ajourné pour l'été et ne reprendra pas avant octobre 2003. Le projet de loi 38, s'il est adopté comme prévu, est supposé entrer en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004. <sup>34</sup>

### En Alberta

La province de l'Alberta a déjà une loi en vigueur, pour régir la collecte, l'utilisation et la divulgation de renseignements personnels de santé par le secteur public. <sup>35</sup> La *Health Information Act* <sup>36</sup> est entrée en vigueur en avril 2001. Le 14 mai 2003, l'Alberta a introduit en première lecture, en réaction à la LPRPDÉ, son projet de loi 44, la *Personal Information Protection Act*, <sup>37</sup> qui s'appliquerait au secteur privé. La session législative a ajourné pour l'été le lendemain.

Comme l'a signalé le commissaire fédéral à la vie privée, le projet de loi 44 de l'Alberta est très semblable au projet de loi 38 de la C.-B. <sup>38</sup> On pouvait donc s'y attendre, le commissaire a critiqué le projet de loi 44 pour plusieurs des raisons susmentionnées. <sup>39</sup> De plus, il a mis en relief le fait qu'en vertu du projet de loi albertain, les personnes qui demanderaient à avoir accès à leur dossier de renseignements pourraient se voir imposer des « frais raisonnables ». Dans le cas d'un dossier volumineux, un tarif « raisonnable » pourrait bel et bien conduire à une lourde facture. Pour sa part, LPRPDÉ stipule qu'une personne doit avoir accès à son dossier de renseignements personnels à un coût

« minime » [la version anglaise de la loi contient aussi l'option de « no cost »]. Le projet de loi albertain renferme aussi des dispositions qui permettraient au gouvernement d'adopter une réglementation afférente susceptible d'éroder une large part de ce que le projet de loi est supposé offrir en tant que protections. En outre, il permettrait au gouvernement d'exempter de dispositions de la loi des organismes ou instances sans but lucratif, comme le Collège des médecins et chirurgiens.

D'après l'information que détient l'auteur du présent article, aucun autre territoire ou province n'a amorcé ni ne prévoit introduire une loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé d'ici au 1<sup>er</sup> janvier 2004.

Vu les développements susmentionnés, les droits des employés à la confidentialité et à la protection de la vie privée peuvent varier, selon l'employeur et l'endroit où ils vivent. Les employés qui travaillent dans des secteurs réglementés par le fédéral sont actuellement protégés par la LPRPDÉ. Les employés qui travaillent dans des secteurs réglementés à l'échelon provincial seront protégés par la LPRPDÉ à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004 à moins que la province où ils vivent ait adopté une loi essentiellement similaire. « Essentiellement similaire » ne signifie pas « identique ».

### Ce que les personnes vivant avec le VIH/sida devraient surveiller

Les droits à la vie privée et à la confidentialité sont cruciaux à l'exercice d'autres droits fondamentaux et à une pleine participation sociale des personnes vivant avec le VIH/sida. Comme l'a signalé le commissaire fédéral à la vie privée :

[N]ous devons être convaincus que le droit à la vie privée n'est pas seulement un droit individuel, mais aussi un bien public. Ce droit découle de décisions que nous avons prises en tant que peuple sur la façon dont nous voulons vivre en société. Comme l'a dit le juge La Forest, de la Cour suprême du Canada, « la notion de vie privée est au cœur de celle de la liberté dans un État moderne ». Or, nous sommes tous perdants si nous perdons notre liberté individuelle.<sup>40</sup>

Celles et ceux d'entre nous qui travaillent auprès de communautés affectées par le VIH/sida se réjouiront que des instruments additionnels viennent aider les personnes vivant avec le VIH/sida à exercer un plus grand contrôle sur la divulgation de leur état sérologique par des tiers. Lorsque les gouvernements formulent des mesures législatives qui ont le potentiel de fournir de tels outils, les avant-projets de loi contiennent des dispositions qui présentent un intérêt particulier pour les personnes vivant avec le VIH/sida. Deux des dispositions les plus importantes sont celles qui touchent le contentement à la divulgation de renseignements personnels et les recours disponibles en cas de violation des règles.

Par exemple, le projet de loi 38 de la C.-B. renferme une clause stipulant que la divulgation de renseignements personnels sans consentement est autorisée lorsque « la divulgation est faite à ... une agence d'application de la loi ... pour contribuer à une enquête ou à la prise d'une décision d'entamer une enquête pour déterminer s'il y a eu infraction » [trad.].<sup>41</sup> Autrement dit, quiconque est en possession de renseignements confidentiels peut les donner sans risque à la police, sans le consentement de la personne concernée, sans mandat ou citation à comparaître, ni aucun autre processus judiciaire. De toute évidence, une telle

« Nous devons être convaincus que le droit à la vie privée n'est pas seulement un droit individuel, mais aussi un bien public [qui] découle de décisions que nous avons prises en tant que peuple sur la façon dont nous voulons vivre en société. »

clause érode les principes fondamentaux de la confidentialité et il faut qu'elle soit examinée de près.

## Conclusion

Les personnes vivant avec le VIH/sida ont un intérêt pressant et important, relativement à toute législation visant à régir la collecte, la divulgation et l'utilisation de renseignements personnels sur la santé. Les personnes séropositives au VIH sont particulièrement vulnérables à la communication non autorisée d'information personnelle sur leur santé, compte tenu de leur interaction importante et continue avec le secteur des soins de santé et des domaines connexes, qui génèrent de vastes sommes d'information personnelle. Vivre avec le VIH signifie également être particulièrement vulnérable à l'érosion ou aux lacunes d'un système conçu pour protéger la confidentialité de ces renseignements personnels.<sup>42</sup>

C'est une période excitante, en matière de confidentialité au Canada. Les initiatives législatives en cours offrent une occasion de changer le discours public à propos du VIH/sida et de modifier graduellement certaines réalités de la vie avec le VIH, dans ce pays. Mon espoir et ma conviction

sont que nous devrions nous impliquer dans le processus législatif et travailler à rendre ces lois aussi efficaces que nous le pourrions, collectivement. Comme l'a affirmé le commissaire fédéral à la protection de la vie privée, la vie privée sera « l'enjeu déterminant de la présente décennie ».<sup>43</sup>

– Ruth Carey

Ruth Carey est avocate et directrice générale de la HIV & AIDS Legal Clinic (Ontario). Elle siège au Comité consultatif ontarien sur le VIH/sida et au conseil d'administration du Réseau juridique canadien VIH/sida. On peut la joindre à careyr@lao.on.ca.

<sup>1</sup> HIV & AIDS Legal Clinic (Ontario), *Submission to the Ministry of Consumer and Business Services on the Consultation Draft of the Privacy and Personal Information Act, 2002*, 11 avril 2002, p. 2, accessible via [www.halco.org](http://www.halco.org).

<sup>2</sup> Ontario Advisory Committee on HIV/AIDS (OACHA), *Disclosure of HIV-Positive Status to Sexual and Drug-Injecting Partners: A Resource Document*, janvier 2003, p. 8, en filière.

<sup>3</sup> W. Charnetski, P. Flaherty, J. Robinson, *The Personal Information Protection and Electronic Documents Act: A Comprehensive Guide*, Aurora (Ont.), Canada Law Book, 2001, p. 8.

<sup>4</sup> La Déclaration universelle des droits de l'homme est accessible à [www.unhcr.ch/udhr/lang/frn.htm](http://www.unhcr.ch/udhr/lang/frn.htm).

<sup>5</sup> Le Pacte international relatif aux droits civils et politiques est accessible à [www.unhcr.ch/french/html/menu3/b/a\\_ccpr\\_fr.htm](http://www.unhcr.ch/french/html/menu3/b/a_ccpr_fr.htm). Le Canada l'a ratifié en mai 1976.

<sup>6</sup> Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, *Observation générale 16* (8 avril 1988), par. 7, accessible à [www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/CCPR+Observation+generale+16.Fr?OpenDocument](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/CCPR+Observation+generale+16.Fr?OpenDocument).

<sup>7</sup> J. Higgins, *Privacy Law: "Where did this come from?"*, Toronto, Association du barreau de l'Ontario, 20 novembre 2002, p. 8. Une large part de cette section de notre article est basée sur cet excellent article de John Higgins.

<sup>8</sup> OCDE, *Lignes directrices de l'OCDE sur la protection de la vie privée et les flux transfrontières de données de caractère personnel* (23 septembre 1980), accessible à <http://oecdpublications.gfi-nb.com/cgi-bin/OECDBookShop.storefront/EN/product/932002012P1>.

<sup>9</sup> C.J. Bennett, *Prospects for an International Standard for the Protection of Personal Information: A Report to the Standards Council of Canada* (août 1997), cité dans Higgins, *supra*, note 7, p. 9.

<sup>10</sup> Des sommaires des dossiers de patients sortis de 85% des hôpitaux canadiens sont transmis à l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Les sommaires ne contiennent ni le nom ni l'adresse des patients, mais il y figure une information encodée à propos du matricule de santé personnel, ainsi que le sexe, la date de naissance, le code postal et certains détails sur le diagnostic, les soins et traitements, comme la raison principale du séjour à l'hôpital et sa durée. Hormis la question de savoir si la collecte de ces données est positive pour la société canadienne, il convient de signaler que les patients admis à l'hôpital ne sont habituellement pas informés que ces

renseignements à leur sujet seront transmis à l'ICIS à des fins de recherche. La recherche au Canada indique que, bien que la majorité des patients sont en faveur que les renseignements à propos de leur santé soient utilisés à des fins de recherche, la majorité considère également qu'un genre de consentement devrait d'abord leur être demandé. De plus, les patients ne semblent pas changer d'avis en comparant leur sentiment à l'égard de la collecte de données non nominatives et sans autres indicateurs personnels. Voir, p. ex., D.J. Willison et coll., « Patients' consent preferences for research uses of information in electronic medical records: interview and survey data », *British Medical Journal*, 2003, 326 : 373 (15 février 2003), accessible à <http://bmj.com/cgi/content/full/326/7385/373>. Si la plupart des patients considèrent que le consentement à la collecte de données sur leur santé à des fins de recherche est un élément important, il est permis de prendre pour acquis qu'il existe un consensus général, parmi les patients, à l'effet qu'ils devraient être informés si les renseignements à propos de leur santé sont transmis à l'ICIS à des fins de recherche.

<sup>11</sup> La protection de la vie privée en vertu du Code civil du Bas Canada et du Code civil du Québec n'est pas abordée dans le présent article. Le Québec est la seule province qui a une réglementation en vigueur, applicable autant au secteur privé qu'au secteur public, quant à la protection des renseignements personnels (y compris sur la santé). Le Québec est aussi la seule province à avoir mis en application une loi qui a été reconnue comme « essentiellement similaire » à la LPRPDÉ. Voir *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*, L.R.Q. c. P-39.1; *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, L.R.Q. c. A-2; et Commissaire à la protection de la vie privée du Canada, *Rapport au Parlement relativement aux lois provinciales essentiellement similaires*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, mai 2002.

<sup>12</sup> Comme le juge Adams l'a signalé dans l'affaire *Ontario (Attorney General) c. Dielman* (1994), 117 D.L.R. (4<sup>th</sup>) 449 (O.C.G.D.), à la p. 688 : « Il semble que l'intrusion dans la vie privée, en droit commun canadien, demeure un concept naissant, voire éphémère, qui sert essentiellement à étendre les marges de la doctrine actuelle en matière de dommages » [trad.].

<sup>13</sup> I.B. Lawson, B. Jeffrey, *Privacy and Free Enterprise: The Legal Protection of Personal Information in the Private Sector*, 2<sup>e</sup> édition, Ottawa, Public Interest Advocacy Centre, 1997, chapitre 3.

<sup>14</sup> L.R.C. 1985, c. P-21. Fait intéressant, il existait déjà, avant la promulgation de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*, des dispositions réglementaires dans les lois fédérales, en matière de protection des renseignements personnels. Ces dispositions, qui faisaient partie de

la Partie IV de la *Loi canadienne sur les droits de la personne*, L.R.C. 1985, c. H-6, étaient une conséquence d'engagements du Canada à mettre en œuvre les instruments internationaux des droits de la personne que nous avons mentionnés plus haut dans l'article.

<sup>15</sup> L'exemple le plus récent en est la *Freedom of Information and Protection of Privacy Act* de l'Île du Prince-Édouard, SPEI 2002, c. F-15.01, promulguée le 1<sup>er</sup> novembre 2002. Une liste complète de la législation de chaque province et territoire est accessible sur le site Internet du commissaire à la protection de la vie privée du Canada, à [www.privcom.gc.ca/information/comms\\_f.asp](http://www.privcom.gc.ca/information/comms_f.asp). Les diverses lois sont accessibles sur Internet via [www.legis.ca](http://www.legis.ca).

<sup>16</sup> La Directive européenne est accessible en diverses langues via [www.europa.eu.int](http://www.europa.eu.int).

<sup>17</sup> L.C. 2000, c. 5.

<sup>18</sup> Charnetski et coll., *supra*, note 3, p. 1.

<sup>19</sup> Les dix principes énoncés dans le Code type sont décrits à [www.canada.justice.gc.ca/fr/news/nr/1998/attback2.html](http://www.canada.justice.gc.ca/fr/news/nr/1998/attback2.html).

<sup>20</sup> B. Seaton, « Chaos reigns! Health privacy in Canada », *Healthcare Information Management & Communications Canada*, mars 2003, 17(1) : 43 ([http://hccinc.qualitygroup.com/hccinc2/pdf/Vol\\_XVII\\_No\\_1/Vol\\_XVII\\_No\\_1\\_9.pdf](http://hccinc.qualitygroup.com/hccinc2/pdf/Vol_XVII_No_1/Vol_XVII_No_1_9.pdf)).

<sup>21</sup> En filière.

<sup>22</sup> Voir, p. ex., T. Boyle, « Concern about misuse of medical files grows: Critics slam Tory bill giving greater access to health records », *The Toronto Star*, 9 décembre 2000, A20.

<sup>23</sup> Hansard, Standing Committee on General Government, 1<sup>ère</sup> session, 37<sup>e</sup> législature, 7 février 2001.

<sup>24</sup> Hansard, *supra*, note 23, 8 février 2001; le texte du discours est accessible en traduction officielle à [www.privcom.gc.ca/speech/02\\_05\\_a\\_010208\\_f.asp](http://www.privcom.gc.ca/speech/02_05_a_010208_f.asp).

<sup>25</sup> Le document de consultation est accessible en français à [www.cbs.gov.on.ca/mcbs/francais/56Y22W.htm](http://www.cbs.gov.on.ca/mcbs/francais/56Y22W.htm).

<sup>26</sup> Ministère ontarien des Services aux consommateurs et aux entreprises, demande d'accès en vertu de la liberté d'information no 057-02, 20 novembre 2002, en filière.

<sup>27</sup> Voir le communiqué de presse du Bureau du commissaire à l'information et à la vie privée, en date du 11 juin 2003, via [www.ipc.on.ca](http://www.ipc.on.ca).

<sup>28</sup> Voir [www.legis.gov.bc.ca](http://www.legis.gov.bc.ca) pour le texte du projet de loi et le verbatim en chambre.

<sup>29</sup> B.C. Keith, « British Columbia's New Privacy Law: What's New or Different? », *Nymity Newsletter*, accessible

à [www.nymity.com](http://www.nymity.com).

<sup>30</sup> Voir, p. ex., les commentaires de J. MacPhail, Hansard, 4<sup>e</sup> session, 37<sup>e</sup> législature, 1<sup>er</sup> mai 2003.

<sup>31</sup> Le communiqué de presse du commissaire à la vie privée, incluant le texte de sa lettre à l'honorable Sandy Santori, est accessible en traduction officielle à [www.privcom.gc.ca/media/nr-c/2003/02\\_05\\_b\\_030508\\_f.asp](http://www.privcom.gc.ca/media/nr-c/2003/02_05_b_030508_f.asp).

<sup>32</sup> LPRPDÉ, art. 16.

<sup>33</sup> Anon, « BC's Bill 38: Substantially Similar? », *Nymity Newsletter*, accessible à [www.nymity.com](http://www.nymity.com).

<sup>34</sup> Voir l'alinéa 60 du projet de loi 38.

<sup>35</sup> Le Manitoba (*The Personal Health Information Act*, SM 1997, c. 51) et la Saskatchewan (*Health Information Protection Act*, SS 1999 c. H-0.021) ont aussi adopté des lois sur les renseignements personnels de santé, qui sont applicables au secteur public. Celle du Manitoba est actuellement en vigueur, contrairement à celle de la Saskatchewan.

<sup>36</sup> RSA 2000, c. H-5.

<sup>37</sup> Le texte du projet de loi 44 est accessible à [www.assembly.ab.ca/pro/bills/ba-main.asp](http://www.assembly.ab.ca/pro/bills/ba-main.asp).

<sup>38</sup> G. Radwanski, *Rapport au Parlement relativement aux lois provinciales essentiellement similaires*, juin 2003, p. 8. Cela n'est pas étonnant, vu l'entente des deux gouvernements à travailler ensemble à l'élaboration d'avant-projets de loi. Puisque la C.-B. et l'Alberta ont signalé qu'elles collaboraient également avec l'Ontario, on peut s'attendre à ce que le projet de loi ontarien à venir soit lui aussi semblable.

<sup>39</sup> Le communiqué du commissaire fédéral à propos du projet de loi 44 de l'Alberta, y compris le texte de sa lettre à l'hon. David Coutts, est accessible à [www.privcom.gc.ca/media/nr-c/2003/02\\_05\\_b\\_030527\\_f.asp](http://www.privcom.gc.ca/media/nr-c/2003/02_05_b_030527_f.asp).

<sup>40</sup> G. Radwanski, *La vie privée : L'enjeu déterminant de la présente décennie*, discours présenté à l'Association des journaux communautaires canadiens, 30 mai 2003, accessible à [www.privcom.gc.ca/speech/2003/02\\_05\\_a\\_030530\\_f.asp](http://www.privcom.gc.ca/speech/2003/02_05_a_030530_f.asp).

<sup>41</sup> Projet de loi 38, art. 18(1)(j).

<sup>42</sup> HIV & AIDS Legal Clinic (Ontario), *Submission of the HIV & AIDS Legal Clinic (Ontario) on Bill 159, the Personal Health Information Privacy Act*, février 2001, accessible via [www.halco.org](http://www.halco.org).

<sup>43</sup> G. Radwanski, Conférence sur la vie privée au travail – Lancaster House, 29 mai 2003, accessible à [www.privcom.gc.ca/speech/2003/02\\_05\\_a\\_030529\\_f.asp](http://www.privcom.gc.ca/speech/2003/02_05_a_030529_f.asp).

# NOUVELLES CANADIENNES

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

## **Injection supervisée : Santé Canada approuve des projets pilotes à Vancouver, mais des préoccupations demeurent**

Les documents officiels sont prêts et Santé Canada a donné le feu vert à deux lieux sécuritaires pour l'injection (LSI) à Vancouver, mais le futur LSI dans le quartier Downtown Eastside n'a pas encore de financement opérationnel. Entre-temps, las d'attendre l'ouverture des LSI autorisés, des organismes communautaires de Vancouver ont commencé à ouvrir des sites non autorisés. Par ailleurs, on s'inquiète que, même si le projet du Downtown Eastside obtenait du financement opérationnel, sa portée serait trop restreinte pour avoir un impact significatif sur la santé publique dans la région.

Le 24 juin 2003, Santé Canada a annoncé qu'il approuvait la demande de la Vancouver Coastal Health

Authority (VCHA) pour la mise à l'essai de deux LSI à Vancouver – l'un dans le quartier Downtown East-

side et l'autre dans celui du West End. Santé Canada a accepté de verser jusqu'à 1,5 million \$ (sur quatre ans) au soutien du volet « évaluation » de ce projet pilote. La VCHA souhaite ouvrir le site du Downtown Eastside dès l'automne 2003. Toutefois, il reste à trouver une source de financement opérationnel.

En octobre 2002, Anne McLellan, ministre fédérale de la Santé, avait affirmé que Santé Canada serait disposé à accorder des exemptions ministérielles des dispositions de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, pour permettre la mise à l'essai de LSI. En janvier 2003, Santé Canada a publié un document d'orientation pour la mise en œuvre de projets pilotes de LSI, qui lui servira de fondement pour l'évaluation des propositions.<sup>1</sup>

Dès la publication du document d'orientation de Santé Canada, la VCHA a proposé une structure de comités pour superviser la mise en œuvre du premier projet pilote de LSI en Amérique du Nord : un comité consultatif provincial, un comité consultatif d'exploitation, un comité consultatif scientifique et une équipe de projet (composée principalement d'employés de la VCHA). Des représentants fédéraux, provinciaux et municipaux ainsi que le Département de police de Vancouver ont approuvé la structure. L'équipe de projet a pris en charge la plus grande partie du travail, notamment l'élaboration d'une demande détaillée d'exemption à Santé Canada.

En février 2003, avant le dépôt de cette demande, la Health Quest (une nouvelle société à but non lucratif) a annoncé qu'elle avait établi un LSI entièrement fonctionnel au 135, rue Hastings Est. Les directeurs de la Health Quest étaient notamment Dean Wilson, ex-président du Vancouver Area Network of Drug Users (VANDU), et des représentants de la Portland Hotel Society. L'aménagement du local de 1 500 pieds carrés, surnommé l'« In-Site » et situé au cœur de la scène d'injection de drogue du Downtown Eastside, a coûté près de 30 000\$. D'après la Health Quest, les travaux ont été financés

grâce à des dons anonymes. Le site comprenait un bureau d'accueil, une salle d'attente et une vaste salle dotée de six cubicules pour l'injection. Peu

### Le programme d'injection supervisée du Dr. Peter Centre se poursuit sans exemption de Santé Canada.

après l'inauguration du site, des représentants de la Health Quest ont indiqué à la VCHA qu'ils souhaitaient inclure leur site dans la demande à Santé Canada.

La demande de la VCHA, déposée en mars 2003, proposait deux sites pilotes – dont celui de la Health Quest. L'autre site serait aménagé au Dr. Peter Centre (DPC), un organisme communautaire de lutte contre le VIH/sida dans le quartier West End qui gère un programme de jour pour adultes et une résidence pour personnes vivant avec le VIH/sida. En avril 2002, les infirmières du DPC ont révélé qu'elles supervisaient déjà des injections dans le cadre du programme de jour. Le programme d'injection supervisée du DPC se poursuit sans exemption de Santé Canada; on prévoit procéder à son expansion dès que le DPC emménagera dans ses nouveaux locaux, en face de son emplacement actuel.

En mai 2003, après avoir repris le bail du 135, rue Hastings Est, la VCHA a fait démolir le LSI de la Health Quest, alléguant qu'il n'était pas conforme au code municipal du bâtiment. La VCHA a déclaré qu'elle prévoyait agrandir le local pour y inclure 12 cubicules d'injection, une salle de détente post-injection et une

salle de services complémentaires. Les rénovations sont en cours.

Un développement intéressant s'est produit le 7 avril 2003 – le jour même où le Département de police de Vancouver (DPV) a lancé son intervention très controversée dans le Downtown Eastside.<sup>2</sup> En réaction directe à l'initiative du DPV, la Coalition for Harm Reduction a ouvert un LSI dirigé par des pairs, dans un local avec vitrine au 327, rue Carrall. Selon l'organisme, ce site non autorisé offre aux utilisateurs un endroit où ils peuvent s'injecter de la drogue sous la supervision d'une infirmière agréée bénévole, échanger leurs seringues usagées pour des neuves et échapper à l'intimidation et au harcèlement policiers. Megan Oleson, infirmière agréée et bénévole à cet endroit, a déclaré : « Il nous fallait être proactifs pour réagir aux besoins de santé immédiats de la communauté. La présence policière accrue dans le Downtown Eastside ne fait qu'exacerber l'urgence de santé publique; on ne pouvait pas rester immobile et regarder des gens mourir, alors que ces décès sont évitables. »

Le personnel de l'établissement du 327, rue Carrall (ouvert de 22h à 2h, 7 jours sur 7) se compose d'une infirmière bénévole et de plusieurs utilisateurs de drogue locaux, y compris des membres de VANDU. Le nombre de visiteurs s'est accru considérablement depuis l'ouverture. Depuis que son existence a été rendue publique le 29 avril 2003, le LSI a attiré l'attention de médias locaux, nationaux et internationaux. Bien que la police n'ait pas forcé sa fermeture, on rapporte qu'elle a interféré avec le fonctionnement du site en obtenant une approbation municipale pour la création d'une « zone policière » dans l'espace adjacent au 327. Ironiquement, le DPV a indiqué que l'un des buts de son inter-



vention actuelle est de créer un environnement propice à la réussite d'un LSI. Cette affirmation semble douteuse – notamment à la lumière d'un

« On ne pouvait pas rester immobile et regarder des gens mourir, en sachant que ces décès sont évitables. »

récent rapport de Human Rights Watch qui documente l'impact négatif de l'intervention du DPV sur l'accès aux services de santé dans le Downtown Eastside.<sup>3</sup>

Puisque le LSI du Downtown Eastside ne détient pas encore de financement opérationnel, il n'est peut-être pas réaliste d'espérer son ouverture d'ici l'automne 2003. Le ministère des Services de santé de la Colombie-

Britannique a précisé que la VCHA devra puiser dans son financement actuel pour gérer le site – or le gouvernement libéral de la province a récemment réduit ce financement. La VCHA et les autorités municipales se sont tournées vers le gouvernement fédéral pour obtenir les fonds nécessaires. Toutefois, même si l'on trouvait un financement adéquat, des chercheurs locaux et des activistes du domaine de la santé se demandent si le site proposé s'accompagnera des bienfaits (sur la santé publique, la communauté et l'économie) généralement associés aux LSI, puisque la VCHA ne prévoit qu'un LSI de 12 places à raison de 18 heures par jour, alors que le Downtown Eastside compte plusieurs milliers d'utilisateurs de drogue par injection. Seul le temps nous dira si Vancouver verra l'ouverture de ce LSI très attendu et si celui-ci aidera à réagir à l'urgence de santé publique qui sévit dans le Downtown Eastside.

– Thomas Kerr

[Note du rédacteur en chef – Le 20 juillet 2003, après la complétion du présent article, trois agents de police sont entrés par la force dans le LSI du 3217 Carall; ils ont séquestré et interrogé des personnes qui se présentaient dans l'aire de refuge. Les agents n'étaient pas en possession d'un mandat, ni d'un motif raisonnable pour entrer dans les lieux. Bien que les bénévoles présents sur le site soient parvenus à convaincre les agents de quitter les lieux, on rapporte à la suite de cet incident une baisse considérable du taux de fréquentation.]

<sup>1</sup> R. Jürgens, « Injection supervisée : la ministre de la Santé est prête à examiner les applications pour des projets pilotes de recherche », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 7(2/3) : 28-29.

<sup>2</sup> Voir l'article de fond intitulé « Droits humains à Vancouver : les utilisateurs de drogue ont-ils un ami à l'hôtel de ville? », dans ce même numéro.

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

## Santé Canada dévoile son plan de distribution de marijuana médicinale

**Sous la pression de tribunaux, Santé Canada se résigne à rendre public son plan de distribution pour mettre à la disposition de patients, à des fins médicinales, de la marijuana séchée et des semences de cannabis. Le plan a été vivement critiqué.**

Le 9 juillet 2003, la ministre de la Santé, Anne McLellan, a annoncé que Santé Canada allait fournir de la marijuana séchée et des semences de cannabis aux « aux personnes qui

sont autorisées à produire de la marijuana à des fins médicales et ... [qui sont] incapables de [la] produire elles-mêmes ». <sup>1</sup> La marijuana proviendra de la culture faite par Prairie

Plan Systems à Flin Flon, Manitoba, pour Santé Canada.<sup>2</sup>

Le plan de distribution découle du jugement rendu en janvier 2003, dans l'affaire *Hitzig c. Canada*, à l'effet que le *Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales* (RAMFM) était inconstitutionnel en raison du fait qu'on n'y prévoyait pas de source légitime de marijuana.<sup>3</sup> Le

verdict accordait six mois à Santé Canada pour fournir une source légale d'approvisionnement aux patients incapables de faire pousser eux-mêmes le cannabis qu'ils sont autorisés à consommer, de même qu'un approvisionnement en semences de cannabis à ceux qui souhaitent le cultiver. Santé Canada a attendu la toute dernière minute pour faire son annonce.

Le plan permet aux détenteurs d'exemptions en vertu du RAMFM d'acheter auprès de Santé Canada des semences de cannabis et de la marijuana séchée. Les demandeurs doivent certifier qu'ils n'ont pas d'autre recours que de s'adresser au gouvernement pour s'approvisionner. La marijuana sera fournie selon un « mécanisme à recouvrement des coûts ». Les semences seront vendues en sachets de 30 unités pour 20 \$ et envoyées directement au client. La marijuana séchée, au coût de 5 \$ le gramme, sera expédiée au médecin du client.

Santé Canada a souligné que le plan est « une politique provisoire ... en vigueur jusqu'à ce que les rôles et responsabilités du gouvernement du Canada dans l'approvisionnement en marijuana à des fins médicales aient été précisés par les tribunaux ». <sup>4</sup> Le « document d'information » complémentaire au communiqué de presse réfère au fait que Santé Canada avait interjeté appel du verdict dans l'affaire *Hitzig*. Dans ses commentaires aux médias, Mme McLellan est maintes fois revenue sur le manque de données cliniques quant à l'innocuité et à l'efficacité de la marijuana; elle a mentionné : « Notre intention n'a jamais été de vendre le produit » [trad.] <sup>5</sup>

Un chœur de critiques à l'égard du plan n'a pas tardé à s'élever, parmi les médecins et les patients ainsi que dans

les médias. Les médecins se sont dits mécontents : de ne pas avoir été consultés; du possible danger lié au fait que de la marijuana soit fournie à leur cabinet; de la possibilité de subir des pressions de la part de patients désireux d'obtenir de la marijuana; et du manque d'information sur l'usage et les dosages appropriés de marijuana. <sup>6</sup> L'Association médicale canadienne a exprimé des préoccupations semblables, citant en particulier le manque de données médicales quant à l'innocuité et à l'efficacité de la marijuana, et exprimant son mécontentement d'avoir été exclue du processus d'élaboration de la politique. <sup>7</sup> Les patients se sont dits « déçus du coût et du fait que le plan n'est encore qu'une mesure provisoire et pourrait être annulé ». <sup>8</sup> Philippe Lucas, directeur de l'organisme *Canadians for Safe Access*, a qualifié le plan de « tentative de dernière minute et d'une mauvaise fois frappante ». <sup>9</sup> Mme Libby Davis, députée fédérale du Nouveau parti démocratique a déclaré trouver le message du gouvernement « très contradictoire. Nous avons l'impression que s'ils remportent [l'appel en cour] tout le plan sera abandonné ». <sup>10</sup>

La couverture médiatique a aussi été en grande partie défavorable. On a souligné le caractère de dernière minute de l'initiative ainsi que la réticence de la communauté médicale à être placée contre son gré dans un rôle de gardien d'accès. Dans un éditorial, le *Globe and Mail* a adressé des reproches à la ministre et à Santé Canada, pour :

s'être traîné les pieds de diverses manières, depuis quelques années, en cherchant à éviter cette décision... Le carnet de route d'Ottawa dans ce dossier n'est pas matière à fierté. C'est une cavalcade de mauvaise information, d'excuses lamentables, de tactiques pour retarder les choses ainsi

que d'obstination pure et simple remontant à plus de six ans... Si les patients qui ont une maladie mortelle ou chronique croient que [la marijuana] allège leurs souffrances, et que les cours reconnaissent qu'on devrait leur en fournir, pourquoi la ministre de la Santé fait-elle tout en son possible pour leur refuser ce droit? [trad.] <sup>11</sup>

En guise de protestation quelques jours après l'annonce du plan, le Dr Gregory Robinson, médecin torontois qui vit avec le VIH/sida, a démissionné de son poste du Comité consultatif des intervenants de l'utilisation de la marijuana à des fins thérapeutiques. Dans sa lettre de démission, M. Robinson a écrit à la ministre qu'il avait perdu foi dans sa « capacité de comprendre la compassion à l'égard des patients atteints de maladies graves et chroniques ». [trad.] <sup>12</sup> Le Dr Robert Goyer, professeur émérite à la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal et président du Comité consultatif, a déclaré que le programme de marijuana médicinale présentait de nombreux problèmes et avait besoin d'être « re-conçu » [trad.] <sup>13</sup>

Entre-temps, un Ontarien utilisateur de marijuana médicinale a réussi à inscrire le coût de ses achats de marijuana à titre de dépense de santé, dans sa déclaration d'impôt. Par le passé, une utilisatrice en Nouvelle-Écosse qui avait tenté la même chose avait essuyé un refus de Douanes et Revenu Canada (mais elle n'avait pas soumis tous les documents nécessaires). <sup>14</sup>

– Derek Thaczuk

<sup>1</sup> « Le gouvernement du Canada adopte une politique provisoire sur l'approvisionnement en marijuana à des fins médicales », communiqué de presse de Santé Canada, 9 juillet 2003 ([www.hc-sc.gc.ca/francais/media/communiques/2003/2003\\_54.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/francais/media/communiques/2003/2003_54.htm)).

<sup>2</sup> La question de savoir si la culture de marijuana à Flin Flon était destinée exclusivement à la recherche ou plutôt à la distribution aux personnes autorisées à consom-



mer de la marijuana à des fins médicales, ou les deux buts à la fois, est matière à bien des débats. Voir D. Thaczuk, « Mer agitée pour le Programme canadien de marijuana médicale », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2003, 8(1) : 24-25.

<sup>3</sup> Voir G. Betteridge, « Le Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales est déclaré inconstitutionnel », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2003, 8(1) : 64-68.

<sup>4</sup> *Supra*, note 1.

<sup>5</sup> B. Laghi, « MDS will dispense marijuana », *Globe and Mail*, 10 juillet 2003.

<sup>6</sup> « Ottawa pot plan unworkable: doctors », *CBC.CA News*, 11 juillet 2003 ([www.cbc.ca/storyview/CBC/](http://www.cbc.ca/storyview/CBC/)

2003/07/10/med\_pot\_rxn020710). Voir aussi, B. Laghi, « MDs balk at dispensing marijuana », *Globe and Mail*, 11 juillet 2003.

<sup>7</sup> « L'AMC au gouvernement : ou sont les preuves à l'appui de votre politique intérimaire sur la distribution de marijuana à des fins médicales? », communiqué de presse de l'Association médicale canadienne, 9 juillet 2003 ([www.newswire.ca/releases/July2003/09/c1331.html](http://www.newswire.ca/releases/July2003/09/c1331.html)).

<sup>8</sup> B. Laghi, « Patients seek relief on price of medical pot », *Globe and Mail*, 10 juillet 2003.

<sup>9</sup> B. Laghi, « MDs will dispense marijuana », *Globe and Mail*, 10 juillet 2003.

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

<sup>11</sup> « Giving a graceless okay to medical marijuana », *Globe and Mail*, 10 juillet 2003.

<sup>12</sup> V. Lawton, « Frustrated Toronto MD quits medical marijuana committee », *Toronto Star*, 16 juillet 2003.

<sup>13</sup> D. Bueckert, « Head of medical-pot program resigns. », *Canadian Press, Globe and Mail*, 17 juillet 2003.

<sup>14</sup> A. Fraser, « Ontario user says it's possible to claim weed on income tax », *Halifax Herald*, 17 avril 2003.

## Annulation d'un essai clinique sur la marijuana médicinale

**En dépit de préoccupations liées au manque de données scientifiques sur l'innocuité et l'efficacité de la marijuana (voir article précédent), aucun essai clinique sur son usage médicinal n'a encore été complété au Canada.**

La Community Research Initiative of Toronto (CRIT) vient d'annuler ce qui aurait été la première étude canadienne évaluant les effets thérapeutiques de cigarettes de marijuana. Celle-ci aurait examiné si la consommation de cigarettes de marijuana peut alléger les nausées et la perte de poids – des symptômes débilissants qui affectent plusieurs personnes vivant avec le VIH/sida. Le projet aurait commencé à Toronto, au printemps 2003, par une étude pilote impliquant 32 personnes. Plus de trois années de développement et de planification ont été investies dans ce projet.

La CRIT affirme que l'étude a été annulée à la suite de la décision de Santé Canada de ne pas renouveler son financement.<sup>1</sup> Santé Canada versait des fonds à l'essai clinique dans

le cadre d'une série d'ententes de contribution. Invité à commenter la situation, un porte-parole du ministre a refusé d'expliquer les motifs de cette décision, mais il a dit espérer que l'étude se poursuive avec un nouveau partenaire.<sup>2</sup>

L'abandon de l'étude a conduit la CRIT à cesser ses opérations. Comme l'organisme ne recevait pas de financement opérationnel, sa survie dépendait des fonds versés à ce projet.

Quatre ans après qu'Allan Rock, ancien ministre de la Santé, ait fait l'annonce de plans pour évaluer les bienfaits médicaux de la marijuana, aucune étude n'a encore été complétée. Une équipe de l'Université McGill étudie présentement l'usage de la marijuana comme moyen de gérer la douleur. Bien que la ministre

actuelle de la Santé, Anne McLellan, ait fait état à maintes reprises du manque de données scientifiques sur la marijuana médicinale, elle n'a approuvé aucune nouvelle étude depuis son entrée en fonction. En 2002, les Instituts de recherche en santé du Canada ont lancé un appel de propositions. Trois demandes de financement ont été reçues mais aucune n'a été retenue.<sup>3</sup>

– David Garmaise

<sup>1</sup> « Canada's first cannabis HIV/AIDS study suspended », communiqué de presse de la Community Research Initiative of Toronto ([www.newswire.ca/releases/June2003/19/c5318.html](http://www.newswire.ca/releases/June2003/19/c5318.html)).

<sup>2</sup> D. Bueckert, « Medical pot advocates criticize Ottawa over delays », *Presse canadienne*, publié dans la version électronique du *Globe and Mail*, 8 juillet 2003 ([www.globeandmail.com](http://www.globeandmail.com)).

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

## Ottawa propose de décriminaliser les petites quantités de marijuana

Conformément à une promesse de décembre 2002,<sup>1</sup> le gouvernement fédéral a déposé un projet de loi qui décriminaliserait la possession de petites quantités de marijuana. Cependant, le projet de loi rendrait par ailleurs plus lourdes les pénalités pour la culture de grandes quantités de marijuana. Le projet de loi fait partie d'un renouvellement de la Stratégie canadienne antidrogue qui met l'accent sur le but de combattre l'usage de marijuana.

Le 27 mai 2003, le ministre de la Justice, Martin Cauchon, a déposé à la Chambre des communes un projet de loi visant à décriminaliser la possession de petites quantités de marijuana (jusqu'à 15 grammes) et de résine de cannabis [ou hashish] (jusqu'à un gramme). Dans ces conditions, en vertu du projet de loi C-38,<sup>2</sup> la contravention ne conduirait pas à un casier judiciaire ni à une peine d'emprisonnement, mais les contrevenants devraient payer une amende de 100 \$ à 400 \$, selon leur âge, les circonstances de l'infraction et la quantité de drogue en cause. La possession d'une quantité de 15 à 30 grammes de marijuana pourrait emporter une amende ou conduire à une accusation au criminel, au gré de l'agent qui procède à l'arrestation.

Le projet de loi durcirait les peines pour les personnes qui cultivent de grandes quantités de marijuana. En vertu de la loi actuelle, la culture de marijuana (peu importe le nombre de plants) est passible d'une peine maximale d'emprisonnement de sept ans. Les nouvelles peines proposées pour la culture varient selon la quantité :

- la culture de trois plants ou moins deviendrait une infraction passible, sur déclaration de culpabilité sommaire, d'une amende maxi-

male de 5 000 \$ et/ou de jusqu'à 12 mois en prison;

- la culture d'entre quatre et 25 plants pourrait emporter une amende pouvant atteindre 25 000 \$ et/ou 18 mois en prison (si le procureur choisit de donner une infraction sommaire), ou un emprisonnement de jusqu'à cinq ans moins un jour (si le procureur choisi de porter des accusations criminelles);
- la culture d'entre 26 et 50 plants serait un acte criminel passible d'un emprisonnement maximal de 10 ans; et
- la culture de plus de 50 plants serait un acte criminel passible d'un emprisonnement maximal de 14 ans.

Le projet de loi se veut la pierre angulaire d'un renouvellement de la Stratégie canadienne antidrogue,<sup>3</sup> annoncé le même jour par M. Cauchon, la ministre de la Santé Anne McLellan et le procureur général Wayne Easter.<sup>4</sup> La nouvelle stratégie promet que le gouvernement fédéral investira en cinq ans la somme de 245 millions \$ dans des campagnes d'éducation du public, des recherches sur les tendances en matière de drogue, ainsi que des mesures visant à réduire la demande et l'offre de drogue.

De récents rapports du Sénat<sup>5</sup> et de la Chambre des communes<sup>6</sup> recommandaient que la possession de petites quantités de marijuana soit décriminalisée.<sup>7</sup> Les deux rapports concluaient que les accusations criminelles pour possession de marijuana coûtaient une fortune en ressources judiciaires, sans grand effet, et que de toute façon la marijuana n'est pas une drogue aux effets assez nocifs pour que l'on y rattache de lourdes sanctions légales.

L'insistance de la nouvelle Stratégie canadienne antidrogue sur « une réaction ferme et durable au titre de l'application de la loi », de même que sur des mesures visant à « décourage[r] la consommation de cannabis par une application plus rigoureuse des sanctions pour possession de cannabis »,<sup>8</sup> contredit l'idée maîtresse des rapports parlementaires. Bien que les comités du Sénat et des Communes n'aient pas exprimé leurs réactions au projet de loi C-38 et à la nouvelle stratégie antidrogue, la majeure partie des réactions du public et des médias à la proposition de loi soulignaient les contradictions et la confusion dans les messages.<sup>9</sup> Par ailleurs, bien que le gouvernement fédéral ait été contraint par les tribunaux à réviser son programme déficient en matière d'accès à de la marijuana médicinale,<sup>10</sup> les lacunes ne sont abordées ni dans la

Stratégie, ni dans le projet de loi C-38.

Développements en parallèle :

- une cour supérieure de l'Ontario a maintenu le verdict d'un tribunal d'instance inférieure à l'effet qu'à l'heure actuelle aucune loi ne s'applique pour interdire la possession de marijuana. Ce jugement a valeur de jurisprudence pour les juges d'autres cours de l'Ontario;<sup>11</sup>
- et des militants pour la marijuana se sont rassemblés sur les marches du quartier général de la police au centre-ville de Toronto, le 19 juin, « fumant leurs joints ... sans aucun harcèlement policier ». <sup>12</sup> Le rassemblement avait pour but de

mettre à l'essai l'effet du jugement de la Cour supérieure.

— Derek Thaczuk

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

<sup>2</sup> *Loi modifiant la Loi sur les contraventions et la Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (Projet de loi C-38), ([www.parl.gc.ca/37/2/parlbus/chambus/house/bills/government/C-38/C-38\\_1/C-38\\_cover-F.html](http://www.parl.gc.ca/37/2/parlbus/chambus/house/bills/government/C-38/C-38_1/C-38_cover-F.html)).

<sup>3</sup> La nouvelle Stratégie canadienne antidrogue est décrite à [www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/sca/index.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/sca/index.htm).

<sup>4</sup> « Renouveau de la stratégie canadienne antidrogue afin de réduire l'offre et la demande de stupéfiants », communiqué de presse de Santé Canada, 27 mai 2003 ([www.hc-sc.gc.ca/francais/media/communiqués/2003/2003\\_34.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/francais/media/communiqués/2003/2003_34.htm)).

<sup>5</sup> Comité sénatorial spécial sur les drogues illicites, *Le Cannabis : Position pour un régime de politique publique pour le Canada*, septembre 2002, accessible sur le site Internet du Parlement du Canada via [www.parl.gc.ca/information/about/process/info/com/index.asp?lang=F](http://www.parl.gc.ca/information/about/process/info/com/index.asp?lang=F). Voir aussi D.Thaczuk, « La ministre réitère son engagement à la provision de mari-

juana médicinale, mais l'attente se prolonge », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 7(2/3) : 30-31.

<sup>6</sup> Comité spécial sur la consommation non médicale de drogues ou médicaments, *Politique pour le nouveau millénaire : redéfinir ensemble la Stratégie canadienne antidrogue*, décembre 2002, accessible sur le site Internet du Parlement du Canada via [www.parl.gc.ca/information/about/process/info/com/index.asp?lang=F](http://www.parl.gc.ca/information/about/process/info/com/index.asp?lang=F). Voir aussi R.Jürgens, « Un comité des Communes publie son rapport sur la Stratégie canadienne antidrogue », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 7(2/3) : 9-13.

<sup>7</sup> De fait, le rapport sénatorial allait plus loin que cela, en recommandant la légalisation complète de la possession de petites quantités. La décriminalisation retire l'infraction du Code criminel; la légalisation consisterait à abroger toute pénalité légale. Voir *supra*, note 5.

<sup>8</sup> *Supra*, note 4.

<sup>9</sup> Voir, p. ex., V. Lawton, « Ottawa eases on pot but asks: 'Lay off it'; Drug scheme full of mixed messages », *Toronto Star*, 28 mai 2003.

<sup>10</sup> G. Betteridge, « Le Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales est déclaré inconstitutionnel », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2003, 8(1) : 64-68.

<sup>11</sup> C. Freeze, K. Lunan, « No laws ban possession of marijuana, court rules », *Globe and Mail*, 17 mai 2003.

<sup>12</sup> « Toronto police ignore pot party in front of HQ », *Toronto Star*, 19 juin 2003.

## Un comité des Communes recommande une hausse substantielle du budget de la SCVS

**Un comité de la Chambre des communes soutient que le budget actuel de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida (SCVS) devrait être plus que doublé. Il recommande l'allocation de fonds pour les détenus et les Premières Nations et Inuits, ainsi que pour la recherche d'un vaccin anti-VIH. Il souligne aussi que plus de ministères fédéraux devraient s'impliquer dans la réaction au VIH/sida.**

Dans un rapport publié en juin 2003, le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes a recommandé que le budget annuel de 42 millions \$ de la SCVS soit augmenté à 100 millions \$.<sup>1</sup> Cette recommandation fait écho aux appels à un financement accru lancés par plusieurs

intervenants lors des audiences publiques du comité, en mars 2003.<sup>2</sup>

Bonnie Brown, présidente du comité, a noté qu'en dépit du fait que près de 4 000 Canadiens-ne-s contractent le VIH à chaque année, les ressources allouées à la SCVS sont restées les mêmes depuis 10 ans.<sup>3</sup> Le

comité considère que des fonds supplémentaires sont nécessaires pour assurer :

- un succès comparable à celui du Royaume-Uni et de l'Australie, en matière de prévention;
- une expansion des initiatives

- efficaces de réduction des méfaits;
- une intervention auprès de communautés vulnérables (en particulier les jeunes);
- des initiatives de santé des populations à l'intention des personnes vivant avec le VIH/sida;
- des services communautaires rehaussés, venant d'ONG; et
- une surveillance et une recherche améliorées.

Le comité recommande que les fonds supplémentaires octroyés à la SCVS comprennent deux allocations annuelles de 5 millions \$ à des populations vulnérables relevant du gouvernement fédéral : les détenus et les Premières Nations et Inuits. Il propose aussi qu'une somme équivalente soit consacrée annuellement à la recherche et au développement de vaccins anti-VIH. Par ailleurs, il recommande que l'augmentation du financement soit conditionnelle à l'élaboration de buts et objectifs mesurables, sur une période de cinq ans, pour la SCVS.<sup>4</sup>

Le comité précise que pour atteindre les buts de la SCVS qui consistent à réduire l'impact néfaste du VIH/sida sur les individus et les communautés et à réagir aux facteurs sociaux et économiques qui accroissent le risque d'infection à VIH, d'autres ministères et organismes fédéraux devront être impliqués. En plus de son partenariat actuel avec le Service correctionnel du Canada et les Instituts de recherche en santé du Canada, la SCVS devrait impliquer l'Agence canadienne de développement international (pour les questions internationales), Affaires indiennes et du Nord Canada (questions autochtones), Développement des ressources humaines Canada (questions liées à l'emploi), Justice Canada (questions de droits de la personne), Citoyenneté et Immigration Canada (questions

liées à l'immigration et aux réfugiés) et Industrie Canada (questions liées au développement de vaccins et à l'accès aux médicaments).

Le comité recommande que Santé Canada soit en charge la coordination du renouvellement de la SCVS, crée un secrétariat consacré à la SCVS et rende compte au Parlement des progrès réalisés à chaque année.

Le comité recommande également :

- que le Service correctionnel du Canada mette en œuvre des programmes de réduction des méfaits semblables à ceux offerts dans la communauté et ciblant les détenus qui s'injectent des drogues;
- que Santé Canada rehausse les stratégies de prévention ciblant spécifiquement les jeunes;
- que la SCVS fournisse un financement stable et à long terme à des organismes régionaux autochtones de lutte contre le VIH/sida;
- et que la SCVS offre un plus grand soutien aux individus affectés par la stigmatisation sociale et la discrimination liées au VIH/sida.

Les membres du comité appartenant à l'Alliance canadienne ont déposé un rapport d'opinion dissidente, dans lequel ils conviennent qu'une augmentation du financement de la SCVS est nécessaire, mais en prétendant qu'un montant de 85 millions \$ serait plus approprié que 100 millions \$. L'Alliance s'oppose aussi à la recommandation sur les stratégies de réduction des méfaits en prison, qui « contribueraient à augmenter la consommation de drogues parmi les détenus, ce qui ferait grimper les taux de VIH/sida, d'hépatite et d'autres infections », en plus d'exposer les gardiens à des risques plus élevés de

blessure ou d'intimidation, d'après elle.<sup>5</sup>

Svend Robinson, membre du comité et député du Nouveau Parti démocratique, a émis une opinion complémentaire à l'effet que le comité aurait dû pousser ses recommandations plus loin pour aborder la question du coût des médicaments et de leur accès ainsi que « l'urgent besoin pour le Canada d'accorder plus de ressources à la lutte mondiale » contre le VIH/sida. Plus précisément, M. Robinson a recommandé que le gouvernement fédéral :

- collabore avec les provinces et territoires à établir une Agence canadienne du médicament, pour l'approbation des nouveaux médicaments et l'examen des politiques canadiennes sur les brevets;
- assume un leadership pour assurer que les efforts des pays en développement ne soient pas entravés par les intérêts de compagnies pharmaceutiques internationales, dans la tâche de fournir des médicaments efficaces et peu coûteux à leurs citoyens vivant avec le VIH/sida; et
- accroisse sa contribution au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Renforcer la Stratégie canadienne sur le VIH/sida, Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, juin 2003. Accessible sur le site Internet du Parlement du Canada via [www.parl.gc.ca](http://www.parl.gc.ca). Cliquer sur « Rapports de fond des comités ».

<sup>2</sup> Voir D. Garmaise, « Un comité des Communes tient des audiences sur le VIH/sida », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2003, 8(1) : 26.

<sup>3</sup> *Supra*, note 1, p. v.

<sup>4</sup> Santé Canada coordonne actuellement l'élaboration d'un plan stratégique quinquennal pour la SCVS, qui comprendra des objectifs mesurables. Voir D. Garmaise, « Élaboration d'un plan stratégique pour la Stratégie canadienne sur le VIH/sida », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2003, 8(1) : 32.

<sup>5</sup> *Supra*, note 1, p. 29.

<sup>6</sup> *Ibid.*, p. 31-32.

## Ontario – Des pressions d’activistes conduisent à un accès amélioré à certains médicaments

**Une campagne dirigée par le Conseil canadien de surveillance et d’accès aux traitements, et impliquant d’autres organismes de lutte contre la maladie, a convaincu le gouvernement ontarien de couvrir le coût des vaccins pour les enfants séropositifs au VIH et d’accélérer l’accès à d’autres médicaments subventionnés.**

En février 2003, en réponse à des pressions d’organismes de lutte contre le VIH/sida, de médecins et d’autres défenseurs du droit à la santé, le gouvernement de l’Ontario a accepté d’assumer le coût des vaccins pour les enfants séropositifs ontariens et de collaborer avec les organismes pour améliorer l’accès à certains médicaments couverts par le Programme de médicaments de l’Ontario (PMO) – notamment l’antirétroviral « Videx EC » (une formulation plus tolérable de la didéoxynosine (ddI)) et des médicaments pour le traitement d’autres symptômes courants chez les personnes vivant avec le VIH/sida ou l’hépatite C (p. ex. : alendronate, valacyclovir, famciclovir et pegetron).

Le PMO subventionne en partie ou en totalité le coût des médicaments inscrits à son formulaire, pour les prestataires d’aide sociale, les personnes âgées et les personnes dont les dépenses en médicaments sont très élevées. Par ailleurs, des médicaments non inscrits peuvent parfois être couverts dans le cadre d’un programme d’accès spécial appelé « processus de l’article 8 ».

La campagne pour un accès accru aux médicaments en Ontario était dirigée par le Conseil canadien de sur-

veillance et d’accès aux traitements (CCSAT). En novembre 2002, celui-ci a émis un bulletin d’alerte exhortant le ministère ontarien de la Santé et des Soins de longue durée à couvrir le coût des vaccins pour les enfants séropositifs; à accélérer le mécanisme pour l’ajout de nouveaux médicaments (notamment Videx EC) au formulaire provincial; et à accélérer le mécanisme d’approbation des demandes en vertu de l’article 8.

En janvier 2003, le CCSAT a tenu une conférence de presse en collaboration avec le Toronto HIV Primary Care Physicians Group, la Société canadienne de l’hémophilie, l’Association canadienne du cancer colorectal, la Société de l’hépatite C du Canada, Arthritis Consumer Experts et Voices of Positive Women. L’événement médiatique a mis en évidence l’inaction du gouvernement de l’Ontario dans le dossier de l’accès aux médicaments.

Une requête en vertu de la *Loi sur l’accès à l’information*, déposée en janvier 2003, a révélé que près de 100 demandes en vertu de l’article 8 pour le médicament Videx EC étaient en attente, au moment de la conférence de presse. D’après Louise Binder, présidente du CCSAT, ces demandes ont

commencé à être traitées et approuvées dans des délais raisonnables depuis l’annonce gouvernementale. Toutefois, en juin 2003, le médicament Videx EC n’était pas encore inscrit au Formulaire et il ne demeurerait accessible que par le processus de l’article 8.

Entre-temps, le ministère a initié une Révision de la stratégie relative aux médicaments (RSM). Celle-ci examinera le mécanisme de sélection des médicaments ajoutés au Formulaire et elle déterminera dans quelle mesure les processus comme celui de l’article 8 permettent de fournir des médicaments en temps opportun. La RSM a créé un comité consultatif et trois groupes de travail (sur la prescription et l’usage de médicaments; sur le ratio coût-efficacité et l’établissement des prix; et sur l’administration des programmes de médicaments). En mai 2003, le comité consultatif a lancé un appel de propositions auprès d’intervenants clés. Trente-quatre (34) réponses ont été reçues, notamment du CCSAT et de l’Ontario AIDS Network. Un rapport intérimaire est attendu à la fin de l’été et le ministère a indiqué que la RSM devrait s’achever à l’automne 2003.

– Matthew Perry



## La loi ontarienne sur la santé publique permet à présent les ordres visant des catégories

**En avril 2003, la législature de l'Ontario a amendé la loi de la province en matière de santé publique, dans le cadre d'une série d'amendements liés à la récente flambée de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS). Bien que les amendements à la Loi sur la protection et la promotion de la santé (LPPS)<sup>1</sup> visent clairement à réagir à des situations d'urgence comme le SRAS, ils risquent d'avoir des conséquences négatives et non désirées, pour les personnes vivant avec le VIH/sida.**

Le Projet de loi 1 2003, *Loi visant à protéger les emplois, à promouvoir la croissance économique et à relever le défi posé par le SRAS en Ontario*,<sup>2</sup> a franchi les étapes de première, deuxième et troisième lecture le 30 avril 2003. La loi a reçu la sanction royale moins d'une semaine plus tard et est maintenant en vigueur. La majeure partie du projet de loi 1 aborde des mesures spécifiques au SRAS, comme la protection des employés de manière à ce qu'ils ne perdent pas leur emploi à cause d'une quarantaine liée au SRAS, et la suspension des taxes de ventes au détail, pour les hôtels et les attractions touristiques, jusqu'en septembre 2003, de manière à attirer des touristes à Toronto. Mais les amendements à la LPPS sont de nature plus générale, y compris ceux de l'article 22 (en vertu duquel les autorités de santé publiques peuvent émettre des ordres imposant le sécurisexe<sup>3</sup> – et, par ailleurs, qui a été récemment amendé pour permettre à certains individus de déposer une demande d'ordre imposant le test du VIH à un tiers<sup>4</sup>).

En conséquence des amendements les plus récents, un médecin hygiéniste local peut désormais émettre un ordre désignant une « catégorie de personnes », au lieu d'un simple indi-

vidu.<sup>5</sup> La notion de « catégorie » n'est pas définie. Ainsi, il est maintenant possible qu'un tel ordre désigne une catégorie comme « toutes les personnes vivant avec le VIH/sida » dans une municipalité. Les critères pour émettre un ordre visant une catégorie de personnes sont les mêmes que pour un ordre s'adressant à un individu : le médecin hygiéniste doit avoir des motifs raisonnables et probables de croire que (a) une maladie transmissible existe dans la circonscription qui est de son ressort; (b) la maladie pose un risque pour les résidents de la localité; et (c) l'ordre est nécessaire pour réduire ou éliminer le risque que la maladie pose pour la santé.<sup>6</sup>

La procédure normale, en vertu de la LPPS, est que l'individu est personnellement avisé de l'ordre à son endroit. En vertu des amendements, la même procédure sera utilisée pour les ordres à des catégories, sauf si « la remise de l'avis à chaque membre d'une catégorie de personnes risque vraisemblablement de causer un retard qui pourrait, de l'avis du médecin-hygiéniste, augmenter grandement le danger pour la santé de quiconque ». <sup>7</sup> En tel cas, il est permis que l'ordre soit signifié au moyen d'un « avis général à la catégorie par la voie de tout média qui lui semble

convenir », comme un journal ou un poste de radio local.<sup>8</sup> Les individus concernés par un ordre applicable à une catégorie ont le même droit d'appel auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé que dans le cas d'un ordre visant un individu.<sup>9</sup>

Vu l'unanimité de la législature à l'égard du projet de loi 1, aucun débat n'a eu lieu et les étapes de deuxième et troisième lecture ont été franchies sans amendement.<sup>10</sup> Jusqu'ici, aucune politique ne semble avoir été adoptée pour guider les médecins hygiénistes locaux dans l'identification des situations où il pourrait être approprié d'émettre un ordre visant une catégorie.

– Ruth Carey

<sup>1</sup> L.R.O. 1990, c. H.7, telle qu'amendée.

<sup>2</sup> L.O. 2003, c. 1 (accessible à [www.ontla.on.ca/documents/Bills/37\\_Parliament/Session4/b001ra\\_f.htm](http://www.ontla.on.ca/documents/Bills/37_Parliament/Session4/b001ra_f.htm)).

<sup>3</sup> Généralement, les ordres émis en vertu de l'art. 22 obligent l'individu visé à toujours divulguer sa séropositivité au VIH avant une activité sexuelle, ainsi qu'à utiliser un condom ou une barrière de latex pour tout rapport avec pénétration, incluant par voie orale, et à s'abstenir de partager des seringues ou d'autre matériel pour l'injection de drogue.

<sup>4</sup> Voir T. de Bruyn et R. Elliott, « Le test obligatoire du VIH après une exposition professionnelle », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 6(3) : 1, 27-34. Voir aussi R. Carey, « L'Ontario adopte une loi sur les 'échantillons de sang' », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 6(3) : 41-42.

<sup>5</sup> *Loi de 2003 sur la stratégie d'aide et de reprise suite au SRAS*, art. 15(1), amendant l'art. 22 de la LPPS par l'ajout de l'alinéa 5.0.1.

<sup>6</sup> LPPS, art. 22(2).

<sup>7</sup> *Ibid.*, art. 15(1), amendant l'art. 22 de la LPPS par l'ajout de l'alinéa 5.0.3.

<sup>8</sup> *Ibid.*

<sup>9</sup> *Ibid.*, art. 15(1), amendant l'art. 22 de la LPPS par l'ajout de l'alinéa 5.0.5.

<sup>10</sup> Hansard, 37<sup>e</sup> Législature, 4<sup>e</sup> session, 30 avril 2003 ([www.ontla.on.ca/hansard/house\\_debates/37\\_parl/Session4/L001.htm](http://www.ontla.on.ca/hansard/house_debates/37_parl/Session4/L001.htm)).

## Un comité des Communes exhorte à un leadership et à des fonds accrus pour la lutte au VIH/sida en Afrique

**Le Comité permanent des affaires étrangères et du commerce international de la Chambre des communes a publié un rapport qui conclut que l'ampleur et l'urgence de la crise du VIH/sida en Afrique subsaharienne nécessitent des actions et des ressources supplémentaires de la part du gouvernement canadien.**

Ce comité exhorte le gouvernement fédéral à assumer un plus grand leadership dans la réaction au VIH/sida en Afrique subsaharienne, à tripler sa contribution actuelle au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, et à faire de l'accès aux médicaments dans les pays pauvres une priorité dans ses négociations auprès d'organismes multilatéraux de commerce. Ces recommandations font partie d'un rapport publié par le comité en juin 2003.<sup>1</sup>

Le comité considère que la pandémie du VIH/sida est « l'unique crise humanitaire la plus dévastatrice en Afrique subsaharienne » et qu'elle « risque de détruire des communautés, des sociétés et des pays entiers ». <sup>2</sup> Il se dit d'accord avec le témoignage de Stephen Lewis, envoyé spécial du Secrétaire général des Nations Unies sur le VIH/sida en Afrique, selon lequel « la pandémie de VIH/sida a désespérément besoin

d'un porte-parole parmi les pays industrialisés et le Canada est dans une position idéale pour jouer ce rôle ». <sup>3</sup>

Le comité est d'avis que le Fonds mondial est le meilleur organe existant pour l'intervention internationale. La contribution actuelle du Canada à celui-ci est de 150 millions \$ sur quatre ans. Le comité estime qu'en plus d'accroître la contribution canadienne à ce fonds, le gouvernement fédéral devrait « de par son appartenance au G8, à la Francophonie, au Commonwealth et aux Nations Unies, être actif sur le plan international afin de s'assurer que l'on accorde la priorité à la lutte contre le VIH/sida en Afrique subsaharienne ». <sup>4</sup>

Le comité exhorte le gouvernement fédéral à réviser les programmes d'aide bilatérale au développement et d'aide humanitaire gérés par l'Agence canadienne de développement international (ACDI).

Il note que ces programmes sont dispersés dans quelques 100 pays et que l'ACDI devrait « concentrer ses ressources et ses programmes sur un nombre restreint de secteurs et de pays afin d'en augmenter l'efficacité ». Il souligne aussi que ces programmes d'aide « doivent refléter le fait que, dans bon nombre des pays d'Afrique, le VIH/sida est inextricablement lié à d'autres problèmes, particulièrement les pénuries alimentaires et la famine, les conflits armés et la violence politique, ainsi que les problèmes de gouvernance ». <sup>5</sup>

– David Garmaise

<sup>1</sup> *Le VIH/sida et la catastrophe humanitaire en Afrique subsaharienne*, Comité permanent des affaires étrangères et du commerce international de la Chambre des communes, juin 2003. Accessible sur le site Internet du Parlement du Canada, via [www.parl.gc.ca](http://www.parl.gc.ca). Cliquer sur « Rapports de fond des comités ».

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 23.

<sup>3</sup> *Ibid.*, p. 26.

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

<sup>5</sup> *Ibid.*, p. 27.



## En bref

### La Saskatchewan approuve la couverture de nouveaux médicaments contre le VHC et le VIH

Le gouvernement de la Saskatchewan a ajouté le Pegetron et le Valcyte au formulaire de son régime d'assurance provincial. Ces deux médicaments qui servent au traitement du virus de l'hépatite C (VHC) et du VIH seront disponibles dans le cadre du programme Exceptional Drug Status (EDS).

Pour être admissible au programme EDS, on doit détenir un numéro de santé de la Saskatchewan et avoir demandé et obtenu le statut de « soutien spécial ». Les critères pour l'obtention de ce statut se fondent sur une équation qui tient compte du revenu du demandeur et du coût des médicaments réclamés. Les prestataires de bien-être social ou d'aide sociale y sont admissibles, mais doivent payer des frais de préparation de 2\$ par ordonnance. D'autres demandeurs peuvent être admissibles à un système de « co-paiement » qui réclame une fraction du coût des médicaments.

Le Pegetron est le plus récent médicament offert aux personnes vivant avec le VHC au Canada. Il est composé de deux médicaments, le peginterferon et le ribavirin, encapsulés ensemble. Le Valcyte sert au traitement du cytomégalovirus (CMV), qui cause une grave infection oculaire appelée « rétinite à CMV » – une infection opportuniste courante chez les personnes vivant avec le VIH/sida.

– Roger Procyk

### Pas encore de stratégie anti-VIH/sida au Nouveau-Brunswick

Lors de la plus récente campagne électorale au Nouveau-Brunswick, Shawn Graham, leader de l'opposition libérale, a promis d'élaborer une stratégie provinciale de lutte contre le VIH/sida si son parti remportait l'élection. Les Libéraux ont perdu de justesse contre l'équipe des Conservateurs de Bernard Lord. Par conséquent, le Nouveau-Brunswick demeure l'une des seules provinces canadiennes n'ayant pas de stratégie anti-VIH/sida et n'étant pas en voie d'en développer une.

La province avait amorcé l'élaboration d'une telle stratégie, mais les Conservateurs ont interrompu ce travail en février 2002, alléguant un manque de fonds. Selon Haley Flaro, directrice générale de Sida Nouveau-Brunswick, une grande partie du travail lié au VIH/sida est en suspens depuis quelques années, dans la province. Elle note par exemple que les programmes d'entretien à la méthadone et d'échange de seringues (PÉS) demeurent rares et dispersés, malgré leur nécessité évidente et le succès qu'ils remportent depuis plusieurs années dans d'autres provinces. Les deux seuls programmes d'entretien à la méthadone au Nouveau-Brunswick ont des listes d'attente de 100 à 200 personnes chacun. Le nombre de seringues distribuées par les deux PÉS de la province a plus que doublé depuis deux ans, mais aucun ne reçoit de fonds opérationnels du gouvernement.

Les Conservateurs ont perdu 19 sièges lors de la dernière élection. Le soir des élections, Bernard Lord déclaré aux Néo-Brunswickois qu'il avait « compris leur message ». Il n'est pas certain que le travail sur une stratégie de lutte contre le VIH/sida s'amorcera bientôt – mais maintenant que les Libéraux ont signalé le problème, l'enjeu demeurera probablement à l'ordre du jour politique.

– Caroline Ploem

### Santé Canada annonce des consultations publiques sur une proposition de nouvelle loi sur la santé

Le 9 juin 2003, la ministre de la Santé Anne McLellan a annoncé que le gouvernement fédéral mènera des consultations publiques sur la proposition d'une nouvelle Loi sur la protection de la santé du Canada. La loi proposée remplacerait la *Loi sur les aliments et drogues* (1953), la *Loi sur les produits dangereux* (1969), la *Loi sur la quarantaine* (1872) et la *Loi sur les dispositifs émettant des radiations* (1970). D'autres lois de protection de la santé existantes, comme la *Loi sur le tabac*, seraient intégrées dans le nouveau cadre législatif. Chacune de ces lois a été adoptée il y a plusieurs décennies, pour réagir à des enjeux spécifiques. L'initiative actuelle a pour objectif de renforcer et d'améliorer les lois fédérales sur la protection de la santé, en les intégrant dans un régime complet

pour mieux protéger la santé et la sécurité des Canadien-ne-s.

À l'automne 1998, des consultations nationales ont été tenues pour identifier les questions dont devrait traiter la nouvelle loi. La deuxième série de consultations s'amorcera à l'automne 2003 et portera sur deux documents : La santé et la sécurité d'abord! et Renouveau législatif en matière de protection de la santé – Proposition législative détaillée. *Les intéressés peuvent commenter le document de proposition en répondant à des questions sur le site Internet de Santé Canada, ou en soumettant leurs commentaires écrits par courriel, par la poste ou par télécopieur. Santé Canada organisera aussi une série de rencontres publiques. Une fois analysés les résultats de ces consultations, un projet de loi sera préparé et déposé au Parlement.*

– Ian Culbert

Voir le site Internet de Santé Canada à <http://renouveau.hc-sc.gc.ca>, pour obtenir les deux documents et pour plus d'information sur le mécanisme de consultation. On peut aussi composer le 1-888-288-2098 pour obtenir des renseignements.

## Une femme poursuit des médecins qui ont omis de lui offrir un test prénatal du VIH

Des médias rapportent qu'une femme ontarienne a entamé des poursuites contre trois médecins qu'elle a consultés durant sa grossesse et qui auraient échoué à lui offrir le test du VIH.<sup>1</sup> La femme a accouché en Ontario en 2000. Après que son enfant soit devenu malade, la mère a appris qu'ils étaient tous deux séropositifs. Elle réclame des dommages-intérêts pour l'infection de son nouveau-né. Sa déposition cite des études qui démontrent qu'un traitement préventif contre le VIH durant la grossesse peut réduire à 1% ou 2% le risque de transmission périnatale.<sup>2</sup>

En décembre 2002, dans le cadre d'un nouveau Programme de dépistage prénatal du VIH, le gouvernement de l'Ontario a incité les médecins à parler du test du VIH à toutes leurs patientes enceintes et à l'offrir systématiquement dans le cadre des soins prénataux réguliers. En octobre 2002, 80% des femmes ontariennes enceintes demandaient un

test du VIH durant leur grossesse. En 2002-2003, le gouvernement s'est engagé à verser 1,6 million \$ pour veiller à ce que les femmes enceintes aient accès au test du VIH. En janvier 2003, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a produit des dépliants, affiches et guides en diverses langues dans le cadre de ce programme.<sup>3</sup>

Le gouvernement de l'Ontario est d'avis que le consentement au test du VIH doit être volontaire et pleinement éclairé, conformément aux exigences de la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*.<sup>4</sup>

– Ruth Carey

<sup>1</sup> Presse canadienne, « Mom of HIV Baby Sues Docs », *Toronto Sun*, 7 mai 2003, 46.

<sup>2</sup> Dans le monde industrialisé, des études ont démontré que la transmission périnatale du VIH peut être considérablement réduite (à un taux aussi faible que 0,5%) par l'usage approprié d'une thérapie antirétrovirale fortement active (HAART). (Voir par exemple J. Keller et coll., « Women's Health's Issues: News from the XIV International AIDS Conference in Barcelona », *The Hopkins HIV Report 2002*, accessible à [http://hopkins-aids.edu/publications/report/nov02\\_5.html](http://hopkins-aids.edu/publications/report/nov02_5.html).)

<sup>3</sup> Des exemplaires de ces documents sont accessibles à [www.health.gov.on.ca/english/providers/pub/aids/prenatal/catalogue.html](http://www.health.gov.on.ca/english/providers/pub/aids/prenatal/catalogue.html).

<sup>4</sup> L.O. 1996, c. 2, annexe A, art. 10. Pour plus d'information sur le test du VIH, voir P. Kenney, « L'AMC prône le test du VIH de routine pour les femmes enceintes », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 7(2/3) : 36.

# NOUVELLES INTERNATIONALES

Cette rubrique contient des dépêches sur des développements du droit et des politiques touchant le VIH/sida à l'extérieur du Canada. Les collaborateurs aux Nouvelles internationales de ce numéro sont Edwige Fortier, Maria Nengeh Mensah, Jean Marie Talom et Delphine Valette. Nous nous intéressons à toute information sur d'autres développements, pour les numéros ultérieurs de la Revue. Adressez vos communications au rédacteur en chef de nos Nouvelles internationales, David Patterson, à [dpatterson@aidslaw.ca](mailto:dpatterson@aidslaw.ca).

## États-Unis – L'appui financier à la lutte mondiale contre le sida préconisera un agenda moral

Le Congrès américain vient d'adopter une loi détaillée qui autorise l'allocation de jusqu'à 15 milliards \$US à la lutte mondiale contre le VIH/sida, pour la période de 2004 à 2008, et qui veillera à ce que les programmes financés prônent un agenda moral conservateur. La *United States Leadership Against HIV/AIDS, Tuberculosis, and Malaria Act of 2003* (la Loi)<sup>1</sup> a été entérinée par le président Bush le 27 mai 2003.

La Loi valorise le rôle des organismes confessionnels dans la provision

d'aide au développement : « À l'heure actuelle, l'Église catholique s'occupe à elle seule d'une personne sur quatre qui reçoit un traitement contre le VIH/sida, dans le monde. Les organismes confessionnels disposent des infrastructures, de l'expérience et des connaissances nécessaires à diriger ces programmes et ils devraient faire partie intégrante des futurs efforts américains. » [trad.] (art. 2(19)).

La Loi précise que « le VIH/sida est d'abord un problème de santé »

(art. 2(15)) et exhorte au développement d'une « stratégie quinquennale intégrée de lutte mondiale au VIH/sida qui renforcera la capacité des États-Unis d'être efficace en tant que chef de file de la campagne internationale contre l'épidémie ». Bien que cette stratégie prévoit l'inclusion d'approches multisectorielles, la Loi stipule que les organismes récipiendaires de financement ne sont pas tenus d'appuyer ou de recourir à une telle approche, ou d'appuyer, de recourir ou de participer à une mesure

préventive ou à un programme de traitement contre lequel ils ont une objection religieuse ou morale (art. 301). Par ailleurs, la Loi précise que parmi les fonds alloués à la prévention du VIH/sida, « 33% devraient être consacrés à des programmes d'abstinence pré-maritale » (art. 402).

Voici d'autres points saillants de la Loi :

- ***Pays soutenant le terrorisme.*** La Loi stipule que la contribution des États-Unis au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme sera réduite d'un montant égal au versement de fonds au gouvernement de tout pays qui « a soutenu à maintes reprises des actes de terrorisme international » [trad.] (art. 202).
- ***Réimportation de médicaments.*** En réponse à des préoccupations à l'effet que des médicaments fournis gratuitement ou à prix réduit dans des pays en développement puissent être ensuite importés illégalement aux États-Unis, la Loi exige la préparation d'un rapport sur le sujet, à l'intention du Congrès, adressant des recommandations aux États-Unis et aux pays en développement, pour freiner cette pratique (art. 307).
- ***Droits juridiques des femmes et des enfants.*** La Loi oblige la United States Agency for International Development à envisager des réponses programmatiques qui assurent l'importance du droit à l'héritage des femmes et qui prévoient un counselling approprié et une aide juridique pour la nomination de tuteurs et la prise en charge d'autres questions liées à la protection des enfants. (art. 314).
- ***Prostitution et travail sexuel.***<sup>2</sup> Le préambule de la Loi stipule

que « la prostitution et les autres formes de victimisation sexuelle sont dégradantes pour les femmes et les enfants; les États-Unis devraient avoir pour politique d'éradiquer ces pratiques » (art. 2(23)). L'article 301(e) modifie la Foreign Assistance Act de 1961 en précisant que « aucun fonds ne doit servir à promouvoir ou à favoriser la légalisation ou la pratique de la prostitution ou du trafic sexuel ». L'article 301(f) de la Loi modifie la Foreign Assistance Act de 1961 pour assurer que des fonds ne soient octroyés à « aucun groupe ou organisme dont les politiques ne s'opposent pas explicitement à la prostitution ou au trafic sexuel ».

### Commentaire

Bien que les fonds alloués aux programmes de lutte contre le VIH/sida soient évidemment bienvenus, l'impact de certains articles de cette Loi soulève des préoccupations pour la santé publique. Par exemple, les programmes de lutte contre le VIH/sida déployés dans des pays où la prostitution est légale (contrairement à l'exploitation et au proxénétisme) ne seront plus admissibles à l'appui financier des États-Unis. Or, dans le contexte du travail sexuel, la prévention et les soins pour le VIH/sida sont plus efficaces lorsque les organismes s'impliquent dans un éventail de stratégies et d'activités de réduction des méfaits qui visent à la fois à habiliter les travailleuses du sexe à négocier l'usage du condom avec leurs clients; à protéger leurs droits humains fondamentaux; et à leur offrir des alternatives à des conditions de travail précaires assorties de risques pour la santé. La Loi veut interdire le financement de ces approches du travail sexuel axées sur la réduction des risques,

pour diriger plutôt les fonds vers des initiatives axées sur le « secours », qui prônent la fermeture des maisons de prostitution et incitent les travailleuses du sexe à abandonner le métier.

À l'échelle mondiale, souvent en l'absence d'alternatives économiques viables pour se nourrir, se vêtir et s'occuper de leurs familles, les travailleuses du sexe ont résisté aux efforts visant à les « secourir » : elles réclament plutôt ce qu'elles considèrent comme de meilleures solutions (p. ex., des soins de santé, des conditions de travail améliorées et l'accès à des condoms). Non seulement la Loi ignore-t-elle ces demandes, mais elle entraînera aussi un déclin des initiatives qui rejoignent les individus les plus vulnérables au VIH/sida, y compris les personnes trafiquées n'ayant aucun accès à des moyens préventifs et à des soins.

Par exemple, le projet Sonagatchi, à Kolkata (Inde) (un projet d'éducation par les pairs qui montre aux travailleuses du sexe à s'éduquer entre elles à propos de l'usage du condom) et l'organisme EMPOWER Thaïlande (qui aide les travailleuses du sexe à obtenir leur diplôme d'études secondaires et à acquérir d'autres compétences pour l'emploi), pourraient avoir de la difficulté à obtenir du financement des États-Unis, en vertu de la Loi. Ces organismes ne s'opposent pas radicalement à la prostitution puisque cela leur ferait perdre de la crédibilité auprès de populations qu'ils cherchent à desservir, en plus d'alimenter la stigmatisation et la discrimination qui rendent si difficile pour les travailleuses du sexe d'affirmer leurs droits. De la même façon, les stratégies qui visent à dépeindre la prostitution comme une activité immorale, ou qui exacerbent la stigmatisation et la discrimination liées au travail sexuel, compliquent la tâche de

protéger la santé publique et les travailleuses du sexe.

Par conséquent, bien que la décision des États-Unis d'octroyer des fonds substantiels à des programmes de lutte contre le VIH/sida dans des pays en développement soit évidemment bienvenue, les articles de la Loi qui interdisent l'appui à des organismes dont le travail touche certaines populations vulnérables auront très probablement un impact négatif sur la santé publique; leur application devrait être surveillée de près.

[Note du rédacteur en chef – Des 15 milliards \$US consentis par la

législation, pour la période 2004-2008, la somme de 3 milliards a été allouée à la première année (l'année budgétaire 2004, qui commence en octobre 2003). Aux États-Unis, après l'adoption de la loi qui autorise le financement d'un nouveau programme, les dépenses réelles doivent tout de même être approuvées par les comités des affectations des deux chambres du Congrès. En juillet 2003, le comité des affectations de la Chambre des représentants n'a consenti que la somme de 1,45 milliards pour la première année; celui de la Chambre sénatoriale n'a autorisé que 1,35 milliard. À présent, les délégués de la

Chambre et du Sénat se rencontreront pour déterminer le montant final. Lorsque le président Bush a fait sa tournée en Afrique, le même mois, on craignait que la somme prévue de 15 milliards ne serait jamais allouée, ce qui prend maintenant l'allure de craintes fondées.]

<sup>1</sup> PL 108-25.

<sup>2</sup> Voir, en général, Center for Health and Gender Equity ([www.genderhealth.org](http://www.genderhealth.org)). Voir aussi la section sur la prostitution et le VIH/sida, sur le site Internet du Réseau juridique canadien VIH/sida, à [www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prostitution.htm](http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prostitution.htm).

## Zambie – Atelier sur le VIH/sida à l'intention de juges

En juin 2003, le Zambia AIDS Law Research and Advocacy Network (ZARAN) a tenu un atelier sur le VIH/sida à l'intention de l'ordre judiciaire de la Zambie, afin d'examiner le rôle du droit dans la réaction à la pandémie, de même que la nécessité et l'occasion pour les juges d'offrir un leadership à ce chapitre. Le juge en chef et quatre autres juges de la Cour suprême de la Zambie – notamment la juge Chibesakunda, présidente de la Permanent Human Rights Commission – ont assisté à l'atelier, ainsi que des juges de la Haute cour et des intervenants de la magistrature.

Dans son discours d'ouverture, le juge en chef a reconnu que le VIH/sida est une menace importante pour l'espèce humaine et la jouissance

des droits de la personne. Vu la stigmatisation et la discrimination persistantes, il considère essentiel de protéger les droits humains des communautés vivant avec le VIH/sida et affectées autrement. Il a affirmé que, même si l'obligation de respecter, de protéger et de promouvoir ces droits relève du gouvernement, l'ordre judiciaire doit aussi jouer un rôle crucial et central à cet égard. Le juge en chef a souligné que le VIH n'est pas encore abordé dans la jurisprudence, en Zambie. Il explique cela par le fait que les gens ne font pas de démarches pour amener les tribunaux à intervenir en leur nom. Il a mis les juges au défi de saisir l'occasion et d'être proactifs dans la lutte contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH/sida.

Le juge Edwin Cameron, de la Cour suprême d'appel de l'Afrique du Sud, a prononcé le discours-programme. Il a félicité les juges et le gouvernement de la Zambie de reconnaître ouvertement l'ampleur du problème. Le juge Cameron a comparé la situation à celle de l'Afrique du Sud, où le déni demeure répandu. Il a noté qu'à l'instar de l'apartheid, le VIH/sida déshumanise les gens – et que le droit ne doit pas être l'instrument qui permet cela. Le juge Cameron a fait part de son expérience en tant que personne séropositive et il a expliqué comment les antirétroviraux ont sauvé sa vie. Il s'est dit capable d'ouverture à propos de sa séropositivité et de son homosexualité parce qu'il a eu la liberté de faire ce choix sans craindre la



discrimination dans son emploi ou le rejet de ses proches. Il a réitéré la nécessité des traitements pour renforcer la réaction au VIH/sida, et de mesures pour créer un environnement non discriminatoire propice à l'efficacité de cette réaction.

Pendant la journée, on a identifié divers enjeux qui pourraient faire l'objet d'éventuelles mesures, notamment :

- il faudrait clarifier le rôle du droit criminel dans la réaction au VIH/sida. Pour ce faire, on pourrait recourir à l'expérience de la South African Law Commission, qui a travaillé dans ce dossier;
- dans le cadre d'une réforme législative, les lois anti-discrimination

devraient être élargies pour assurer une protection adéquate aux personnes vivant avec le VIH/sida;

- la domestication et la mise en œuvre des déclarations et traités internationaux sur les droits de la personne doivent avoir lieu sans faute; et
- il faut faire plus pour impliquer la magistrature dans la réaction au VIH/sida.

Cet atelier faisait partie d'un projet plus vaste pour lequel le ZARAN reçoit une aide financière et technique du Réseau juridique canadien VIH/sida (grâce à l'appui financier de l'Agence canadienne de développement international). Le projet, qui vise

à améliorer les capacités organisationnelles du ZARAN et ses liens avec d'autres organismes, est réalisé en Zambie par l'Alliance internationale contre le VIH/sida. En 2003, avec l'aide du Pact (un organisme voué à l'amélioration de la capacité d'ONG locaux), le ZARAN a amorcé un projet de cinq mois pour accroître la sensibilisation aux aspects juridiques, éthiques et de droits humains de la discrimination dans les soins de santé, l'emploi et le processus juridique.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Pour plus d'information, voir le site Internet du ZARAN à [www.zaran.org](http://www.zaran.org) ou écrire à [zaran@zamtel.zm](mailto:zaran@zamtel.zm). Pour une analyse du contexte des politiques sur le VIH/sida en Zambie, voir L. Garbus, *HIV/AIDS in Zambia*, University of California, Country AIDS Policy Analysis Project, 2003. Accessible à <http://ari.ucsf.edu/policy/countries.htm>.

## Royaume-Uni – Un rapport sur la migration et le VIH rejette le test obligatoire

Le United Kingdom All-Party Parliamentary Group on AIDS (APPGA) a recommandé au gouvernement du Royaume-Uni de ne pas adopter une politique de test obligatoire du VIH visant à refuser l'entrée au pays à toute personne qui serait trouvée séropositive. Cette recommandation fait partie d'un rapport publié en juin 2003<sup>1</sup> – alors que le cabinet britannique procédait à l'examen de la question des « infections importées » et envisageait apparemment une politique de dépistage de maladies transmissibles graves parmi les migrants.<sup>2</sup>

Lors de la sortie du rapport, le député Neil Gerrard, président de

l'APPGA et du All-Party Parliamentary Group on Refugees, a déclaré par voie de communiqué : « Nous considérons que la position gouvernementale actuelle sur les requérants au statut de réfugié et les migrants séropositifs a été développée principalement à la lumière de rapports fondés sur la peur et le stigmata plutôt que sur des faits. »<sup>3</sup>

On signale dans le rapport que les professionnels de la santé sont de plus en plus appelés à remplir des rôles multiples, dans le contexte clinique : agents d'immigration, agents de service social, fournisseurs de soutien et de soins. Ils sont constamment confrontés à un dilemme éthique –

celui de refuser ou non des traitements à des individus séropositifs qui sont dans le besoin, mais qui ne sont pas admissibles au système national de soins de santé en raison de leur statut d'immigrant.

On souligne le lien intrinsèque entre la situation nationale et mondiale. L'APPGA reconnaît que les mouvements de populations ont toujours existé – des gens veulent échapper à la persécution politique et s'établir ailleurs avec leur famille, ou rechercher des opportunités d'emploi ou d'éducation. On précise qu'étant donné que la prévalence du VIH s'accroît à l'échelle mondiale, il est logique que le nombre de personnes

vivant avec le VIH/sida qui arrivent au Royaume-Uni augmente aussi.

Les auteurs du rapport affirment qu'il n'est pas logique que le gouvernement tente de refuser l'entrée au pays à des individus en raison de leur piètre état de santé, alors qu'il s'efforce d'améliorer l'accès aux soins de santé dans des pays en développement. Le Royaume-Uni devrait plutôt s'attaquer aux facteurs qui incitent les gens à quitter les pays en développement – comme la pauvreté, le manque d'accès à des soins de santé, les

conflits, l'adversité environnementale et l'exclusion sociale.

L'APPGA est composé de 175 députés du Parlement du Royaume-Uni, venant de tous les partis politiques. Il a pour objectifs de rehausser la visibilité du VIH/sida comme enjeu domestique et international; de favoriser le consensus entre les partis politiques; et d'agir comme liaison entre le Parlement, le gouvernement, les personnes vivant avec le VIH/sida et celles œuvrant à la lutte contre l'épidémie.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> *Migration and HIV: improving lives in Britain – an inquiry into the impact of the UK nationality and immigration system on people living with HIV*, Londres, All-Party Parliamentary Group on AIDS, 2003. Accessible sur le site Internet de l'APPGA via [www.appg-aids.org.uk](http://www.appg-aids.org.uk).

<sup>2</sup> *AIDS Update*, Londres, All-Party Parliamentary Group on AIDS, 23 juin 2003. Accessible sur le site Internet de l'APPGA, *ibid.*, ou en s'inscrivant à une liste électronique (écrire à [info@appg-aids.org.uk](mailto:info@appg-aids.org.uk)). Pour plus d'information sur les politiques canadiennes en matière d'immigration et de VIH/sida, voir la section à ce sujet sur le site Internet du Réseau juridique, à [www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/immigrationF.htm](http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/immigrationF.htm).

<sup>3</sup> « Cross bench MPs and peers say government immigration policy undermines public health » ([www.tht.org.uk/press\\_desk/press\\_pdf/asylum\\_rep.pdf](http://www.tht.org.uk/press_desk/press_pdf/asylum_rep.pdf)).

<sup>4</sup> Pour plus d'information sur les députés et le VIH/sida, voir « Initiatives parlementaires pour la lutte contre le VIH/sida », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 6(3) : 49-51.

## **Caraïbe – Premier atelier de formation sur les lois et politiques liées au VIH/sida**

En juin 2003, la Communauté de la Caraïbe (CARICOM) et le Pan Caribbean Partnership on HIV/AIDS (PANCAP) ont organisé un premier atelier régional de formation sur la réforme du droit et des politiques liées au VIH/sida. L'atelier faisait suite à une résolution adoptée en 2001 par l'Assemblée générale des Nations Unies, exhortant notamment les États membres à « promulguer, renforcer ou appliquer » des lois, des règlements et d'autres mesures pour éliminer la discrimination liée au VIH/sida.<sup>1</sup>

L'atelier, tenu à Sainte-Lucie, était le premier en son genre dans la région (et possiblement dans le monde). Il avait pour buts de partager des expériences régionales et internationales en la matière; d'accroître les capacités de mener des évaluations nationales pour la réforme du droit et

des politiques dans le contexte du VIH/sida; et de planifier les prochaines étapes au palier national. Le Réseau juridique canadien VIH/sida et la Guyana Human Rights Foundation ont fourni une assistance technique à la CARICOM et au PANCAP.

L'atelier a donné suite à des recommandations formulées en 2002 à l'issue d'un processus consultatif mené dans la Caraïbe. En juin 2002, la CARICOM et le PANCAP ont élaboré un Plan d'action sur le droit, l'éthique et les droits de la personne, lors d'un atelier régional à Tobago. Ce plan d'action appuiera la mise en œuvre du Volet prioritaire #1 du Caribbean Regional Strategic Framework for HIV/AIDS [Cadre stratégique régional sur le VIH/sida dans la Caraïbe] pour 2002-2006<sup>2</sup> – la défense et la promotion des droits et intérêts, l'élaboration de politiques et

la législation. Le Plan d'action met l'accent sur le droit, l'éthique et les droits de la personne.

L'atelier de Sainte-Lucie a été financé en partie par l'Agence canadienne de développement international (ACDI), dans le cadre d'un programme régional plus vaste sur le droit, l'éthique et les droits de la personne, en vigueur de 2003 à 2006. Des fonds supplémentaires ont été reçus de la United States Agency for International Development.

Le programme financé par l'ACDI a pour but d'accroître la capacité des pays de la Caraïbe de réagir à des défis juridiques, éthiques et de droits humains liés au VIH/sida. Il comporte notamment les volets suivants : assistance financière et technique dans le cadre d'évaluations nationales des besoins pour la réforme du droit et des politiques; consultations



nationales, analyse et consultations touchant des aspects particuliers de la réforme du droit; élaboration de modèles régionaux de politiques, de directives et de codes de pratiques; et formation à l'intention de fournisseurs d'aide juridique et de regroupements de personnes vivant avec le VIH/sida.

L'approche de la CARICOM et du PANCAP se fonde sur les principes juridiques internationaux énoncés dans les *Directives internationales* sur le VIH/sida et les droits de la personne.<sup>3</sup> Trente-deux personnes de la Caraïbe (Antigua-et-Barbuda, Dominique, Grenade, Guyane, Sainte-Lucie, Saint-Vincent et Trinidad-et-Tobago) ont participé à l'atelier, notamment des représentants de programmes nationaux contre le VIH/sida, d'ONG du domaine du VIH/sida, de bureaux de Procureur général et d'organismes pour les droits de la personne. Des avocats et des rédacteurs législatifs, des individus ayant une formation en médecine et en santé publique ainsi que des personnes vivant avec le VIH/sida y ont aussi participé, de même que des per-

sonnes ressources impliquées dans des évaluations nationales au Belize,<sup>4</sup> en Jamaïque<sup>5</sup> et au Suriname.<sup>6</sup> Une expertise sur la défense du droit aux traitements anti-VIH a été fournie par l'Agua Buena Human Rights Association du Costa Rica. Des représentants d'organismes clés comme l'unité de rédaction législative de la CARICOM et le Caribbean Network of People Living with HIV/AIDS ont aussi assisté à la rencontre.

Dans le cadre d'activités de suivi, la CARICOM et le PANCAP fourniront une assistance financière et technique pour les évaluations nationales – notamment pour l'embauche d'un consultant national qui mènera la recherche dans chaque pays désigné. Un deuxième atelier régional de formation est prévu en octobre 2003. Il accroîtra la capacité des consultants nationaux de réaliser les évaluations et d'obtenir l'appui d'intervenants clés du gouvernement et de la communauté.

Pour plus d'information, communiquer avec Alicia Sands, agente d'information au PANCAP, à [asands@caricom.org](mailto:asands@caricom.org).

<sup>1</sup> Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida, *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida*, Résolution A/Res/S-26/2, 27 juin 2001 ([www.unaids.org/UNGASS/docs/AIDSDeclaration\\_fr.pdf](http://www.unaids.org/UNGASS/docs/AIDSDeclaration_fr.pdf)). Voir aussi M.J. Roseman et S. Gruskin, « La Déclaration d'engagement de l'UNGASS sur le VIH/sida : après une année », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2003, 8(1) : 1, 7-14.

<sup>2</sup> Le Cadre stratégique régional et le Plan d'action sont accessibles via [www.caricom.org](http://www.caricom.org).

<sup>3</sup> La version originale des *Directives*, publiée en 1998, est accessible à [www.unaids.org/publications/documents/human/law/JC520-Droitsde%27homme-F.pdf](http://www.unaids.org/publications/documents/human/law/JC520-Droitsde%27homme-F.pdf). La Directive 6 révisée (« Accès à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui »), publiée en 2002, est accessible à [www.unaids.org/publications/documents/human/JC882-Guideline6\\_fr.pdf](http://www.unaids.org/publications/documents/human/JC882-Guideline6_fr.pdf).

<sup>4</sup> Au Belize, l'étude a été commandée par la National AIDS Commission, présidée par l'honorable Dolores Balderamos-García, ministre du Développement humain, des Enfants, des Femmes et de la Société civile. Pour plus d'information : [www.belizenac.bz](http://www.belizenac.bz).

<sup>5</sup> *Legal, Ethical and Human Rights Issues of HIV/AIDS in Jamaica*, Kingston, National AIDS Committee, 2001. Ce rapport préparé par McNeil et McFarlane, conseillers juridiques, est accessible à [www.nacjamaica.com/subcom/legal\\_ethical/index.htm](http://www.nacjamaica.com/subcom/legal_ethical/index.htm).

<sup>6</sup> Au début de 2003, Projecta et LEFT Consultancy ont achevé un rapport détaillé sur les lois et politiques nationales liées au VIH/sida et à d'autres infections transmissibles sexuellement au Suriname. Ce rapport examine aussi des lois et politiques nationales et internationales sur le VIH/sida en milieu de travail, le genre sexuel, les soins et les traitements ainsi que le recours au droit criminel comme mesure préventive. Voir M. Castelen et R. Antonius, *PAF II report on advocacy for change in STI legislation and policy and sensitisation*, Paramaribo, Projecta et LEFT Consultancy (à paraître).

# ACCÈS MONDIAL AUX TRAITEMENTS

Cette rubrique de la *Revue* aborde les questions mondiales liées à l'amélioration de l'accès à des soins, des traitements et du soutien adéquats et abordables, partout dans le monde. Nous y présentons le compte-rendu d'un sommet canadien intitulé « La santé mondiale est un droit humain! », qui a réuni des individus et des organismes intéressés à faire valoir conjointement la nécessité de réaliser le droit humain à la santé dans les pays en développement. Nous faisons état par ailleurs d'une poursuite judiciaire intentée au Nigéria par une femme à qui l'on a refusé des traitements à cause de sa séropositivité au VIH. Cette section est dirigée par Richard Elliott, directeur des politiques et de la recherche au Réseau juridique canadien VIH/sida, que l'on peut joindre à [relliott@aidslaw.ca](mailto:relliott@aidslaw.ca).

## Canada – Sommet national « La santé mondiale est un droit humain! »

À Ottawa, les 21 et 22 mai 2003, le sommet national « La santé mondiale est un droit humain ! » a réuni 86 personnes représentant plus d'une soixantaine de groupes de la société civile intéressés à faire valoir ensemble la nécessité de réaliser le droit humain à la santé dans les pays en développement. Le principal point de mire a porté sur les actions nécessaires pour s'attaquer aux crises mondiales que constituent les maladies transmissibles comme le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme.

Le sommet était organisé par le Groupe pour l'accès mondial aux traitements (GMAT), un groupe de travail composé de plus d'une douzaine

d'organismes canadiens de la société civile qui s'échangent de l'information et mènent des activités conjointes afin d'améliorer l'accès aux médica-

ments essentiels et à d'autres aspects des soins, des traitements et du soutien pour les personnes vivant avec le VIH/sida ou ayant d'autres besoins de santé, dans les pays en développement. Les organisateurs de l'événement étaient le Congrès du travail du Canada, le Réseau juridique canadien VIH/sida, la Coalition interagence sida et développement, Médecins Sans Frontières (MSF), le Conseil des Canadiens, Droits et démocratie, le

Syndicat canadien de la fonction publique et le Syndicat des Métallos.

L'objectif du Sommet était d'identifier des idées de plaidoyer en matière de politiques et des possibilités d'action en regard de trois thèmes : le commerce international et la mondialisation, le financement de la santé mondiale et la responsabilité sociale des entreprises. L'ordre du jour a été conçu en fonction de ces thèmes.

### Tables rondes

Un panel d'invités du Brésil, de l'Argentine et du Canada s'est penché sur les répercussions du commerce et de la mondialisation sur les engagements à réaliser la « Santé pour tous » en l'an 2000. On y a discuté des traités sur le commerce international, comme l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (l'Accord sur les ADPIC) de l'Organisation mondiale du commerce (OMC), et la Zone de libre-échange des Amériques (ZLÉA). On a discuté également de la menace aux services de santé publique que représente l'Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce, de l'OMC; et des dangers des politiques canadiennes de commerce international, tant pour les Canadiens que pour les résidents d'autres pays. Les panélistes étaient tous d'avis que l'État a un rôle crucial pour assurer la santé de tous, à titre de droit humain, et que cette responsabilité doit faire partie intégrante des négociations sur le commerce.

Les participants à la deuxième table ronde, intitulée « Le financement de la santé mondiale : l'aide au développement du Canada, le Fonds mondial et la remise de la dette », étaient des représentants d'ONG canadiens impliqués dans la problématique du financement, de même

qu'une personne représentant le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Les invités ont abordé la nécessité d'une

**L'État a un rôle crucial pour assurer la santé de tous, à titre de droit humain, et cette responsabilité doit faire partie intégrante des négociations sur le commerce.**

approche axée sur les systèmes de santé, dans l'aide publique canadienne au développement; le (manque de) financement du Fonds mondial; et la relation entre la dette des pays du Sud et leur capacité de financer la santé au palier domestique. Dans chacun de ces domaines, les panélistes ont exhorté le Canada à poser des actions concrètes qui pourraient faire une différence importante en aidant à progresser vers la réalisation du droit à la santé de millions de personnes dans le Sud.

La troisième table ronde s'intitulait « La responsabilité sociale des entreprises en matière d'appui à la santé publique dans les pays en développement ». Les panélistes représentaient des organismes locaux et des organismes mondiaux impliqués dans ces dossiers, de l'Université de Toronto, de MSF, d'un syndicat de l'Afrique du Sud, ainsi que d'un groupe nigérian de développement communautaire. Tout en convergeant sur le point que le secteur privé a un rôle à jouer dans le domaine de la santé, ils ont signalé que les partenariats impliquant

ce secteur doivent être clairement définis et ne doivent pas nuire à la capacité de l'État d'assurer l'accessibilité des soins publics de santé.

Chaque table ronde a été suivie d'une discussion. Au cours du Sommet, les participants ont débattu de nombreux thèmes, notamment :

- la privatisation des soins de santé
- les partenariats public-privé
- la portée grandissante des accords commerciaux internationaux et leur impact sur la capacité des gouvernements de s'acquitter de leur part du contrat social
- une contribution financière adéquate du Canada au Fonds mondial et pour l'aide à la santé en général
- l'urgente nécessité d'effacer la dette des pays en développement
- l'arrimage entre expertise et action
- l'application d'une analyse féministe à la santé mondiale
- et la clarification des rôles, entre les gouvernements, la société civile et le secteur privé.

On a observé un consensus à l'effet que l'État a un rôle crucial dans la tâche d'assurer la santé pour tous – et que sa responsabilité de veiller à la santé doit être prise en considération dans ses positions dans les négociations et ententes sur le commerce international ainsi que dans d'autres forums internationaux.

### Messages principaux

Les conférenciers qui ont prononcé les discours d'ouverture, du dîner et de clôture du Sommet ont livré d'importants messages. Notamment :

- Nous avons un droit humain d'être en santé et de nous attendre à recevoir des soins adéquats lorsque nous sommes malades.

- Les pressions qui s'exercent sur notre système de santé sont les mêmes que celles que subissent d'autres systèmes de santé ailleurs dans le monde.
- Les gouvernements doivent légiférer dans l'intérêt du public, et non dans l'intérêt de ceux que vise la réglementation.
- Et l'on ne peut permettre que les partenariats entre les secteurs public et privé nuisent aux intérêts du public pour privilégier des profits privés.

Les participants ont conclu que l'on pourra parvenir à la santé pour tous à condition d'être enrégés, engagés et prêts à s'organiser pour changer des choses; et que, fondamentalement, la santé mondiale repose sur un choix bien simple : au cœur des préoccupations, on place soit la personne, soit la hausse de profits des grandes sociétés commerciales.

Les deux discours programmes portaient sur la santé mondiale en tant que droit de la personne. Maude Barlow, du Conseil des Canadiens, a livré un message clair et bref : l'action la plus importante, que peuvent entreprendre les groupes de la société civile des « quatre grands » (les États plus influents à l'OMC – États-Unis, Union européenne, Japon et Canada) est de tenir tête à leurs gouvernements et aux corporations, contre les politiques et les idéologies qu'ils imposent à un monde de plus en plus divisé. James Orbinski, de l'Université et Toronto et de MSF, dans la foulée des commentaires de Mme Barlow, a énoncé des rôles distincts pour le gouvernement, la société civile et le secteur privé, en matière de santé : l'intérêt du privé, c'est de faire des

La santé mondiale repose sur un choix bien simple : au cœur des préoccupations, on place soit la personne, soit la hausse de profits des grandes sociétés commerciales.

profits, alors que le rôle de la société civile consiste à réclamer sa position citoyenne et d'exiger que les gouvernements exercent leur pouvoir dans l'intérêt du public.

Un des faits saillants de la deuxième journée du Sommet fut la marche des participants dans le centre-ville d'Ottawa en arborant une banderole : « La santé mondiale est un droit humain! ». La marche est passée devant le Parlement, en route vers le bureau du premier ministre, où les marcheurs ont livré plus de 15 000 cartes postales de Canadiens demandant que le Canada fournisse un financement adéquat pour voir aux besoins mondiaux en matière de santé, et qu'il appuie des changements au régime de commerce international de manière à assurer aux pays en développement l'accès à des médicaments génériques et plus abordables. Ces cartes postales ont été rassemblées par MSF Canada dans le cadre d'une campagne continue. On a également remis une lettre de la Student-Led Access to HIV Medicines (SLAHM) Campaign, une organisation d'étudiants de la McGill International Health Initiative, appuyée par

14 associations étudiantes du Canada et représentant plus de 165 000 étudiants universitaires.

Le deuxième après-midi a permis aux participants de se répartir en petits groupes d'ateliers thématiques. On s'est occupé d'identifier des éléments de « Programme commun pour la santé mondiale comme droit humain ». On a ensuite discuté des enjeux soulevés plus tôt pendant le Sommet, et commencé à formuler un langage commun. Le GAMT s'affaire maintenant à donner suite aux conclusions des ateliers et il produira une ébauche de Programme commun qui sera distribuée plus tard en 2003. Le GAMT prépare en outre une conférence sur les contributions au Fonds mondial, tenue en juillet 2003, ainsi que des initiatives liées aux prochaines rencontres de l'OMC et des pays de la ZLÉA.

- oline Twiss et Richard Elliott

oline Twiss, membre du Groupe pour l'accès mondial aux traitements (GAMT), a été la coordinatrice de ce Sommet. Richard Elliott, qui est à l'emploi du Réseau juridique canadien VIH/sida, est un membre fondateur du GAMT.

Pour d'autres informations sur le Sommet, on peut consulter le programme, le document de fond, les exposés des conférenciers, des photographies et d'autres fichiers à partir de la page [www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/soinstraitements/sommet\\_GAMT.htm](http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/soinstraitements/sommet_GAMT.htm). Pour de plus amples informations sur le GAMT et plus généralement sur l'accès mondial aux traitements, consulter [www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/soinstraitements.htm#B2](http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/soinstraitements.htm#B2). Pour communiquer avec le Réseau juridique à propos de son travail en la matière ou à propos du travail du GAMT, écrire à Richard Elliott à [relliott@aidslaw.ca](mailto:relliott@aidslaw.ca).

## Nigéria – Une femme séropositive intente une poursuite après qu'on lui refuse un traitement

**Une femme séropositive de 39 ans à laquelle on a refusé des traitements dans un hôpital de Lagos à cause de son infection à VIH s'adresse aux tribunaux. Le Center for the Right to Health a déposé une poursuite en son nom, réclamant des dommages et demandant une injonction afin de prévenir à l'avenir cette discrimination contre les personnes vivant avec le VIH/sida qui demandent des traitements.**

Le Center for the Right to Health, un organisme non gouvernemental de défense des droits de la personne qui est établi à Lagos, Nigéria, a introduit une action devant la Haute cour à Lagos, au nom d'une femme vivant avec le VIH et à laquelle on a refusé pour ce seul motif l'accès à des traitements. Les intimés dans la poursuite sont le procureur général de la l'État de Lagos, le commissaire à la santé pour l'État de Lagos, le secrétaire permanent de la Commission de gestion de la santé de l'État de Lagos, et cette commission proprement dite.

La femme de 39 ans s'est vu refuser des traitements pour des infections opportunistes, à l'Hôpital général de Lagos, où elle s'est rendue en mars 2002. L'hôpital lui a refusé l'attention médicale, en affirmant que les personnes vivant avec le VIH/sida n'étaient jamais admises dans l'hôpital pour des traitements. La plaignante demande notamment à la cour :

- une déclaration que le refus de lui donner des traitements, dû unique-

ment à sa séropositivité au VIH, constituait un acte de discrimination indue à son endroit, à l'encontre de la Constitution de la République fédérale du Nigéria (1999), de la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples (la Charte africaine) et d'autres traités sur les droits de la personne ratifiés par le Nigéria;

- une déclaration que le refus de lui accorder une attention médicale, dû uniquement à sa séropositivité au VIH, est illégal, illégitime et inconstitutionnel, en plus de constituer un traitement inhumain et dégradant en contravention à la Constitution nigériane et à la Charte africaine;
- une déclaration que le refus de lui donner des traitements alors qu'elle se trouvait dans un état critique constituait une violation de son droit à la vie garanti dans la Constitution nigériane et la Charte africaine;

- une injonction permanente pour empêcher les agents des intimés d'exercer d'autre discrimination à l'encontre de la plaignante et d'autres personnes qui vivent avec le VIH/sida, à tout hôpital général de la province de Lagos; et
- une ordonnance de verser à la plaignante une somme de 10 millions de naira (env. 77 000 \$ US) en dommages pour avoir violé des droits humains fondamentaux que lui garantit la constitution nigériane.

Il s'agit de la première affaire judiciaire remettant en question le refus de traitements aux personnes vivant avec le VIH/sida au Nigéria.

– *Ebenezer Durojaye Tope*

Ebenezer Durojaye Tope est l'avocat en poste au Center for the Right to Health, au Nigéria. On peut le joindre à ebenezer1170@yahoo.com ou à crhuids@yahoo.com.



# LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX - CANADA

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

## La Cour fédérale annule le permis de travail restreignant l'emploi d'un immigrant séropositif

Dans une ordonnance rendue le 30 mai 2003, la Section de première instance de la Cour fédérale a invalidé un permis de travail qui interdisait à un homme séropositif au VIH de travailler dans le domaine de la puériculture, de l'enseignement primaire et secondaire et de l'agriculture.<sup>1</sup> La Cour a ordonné aux responsables des services médicaux d'Immigration Canada de décider si un nouvel examen médical s'imposait. La cause a une importance considérable pour les immigrants et les réfugiés séropositifs au VIH qui sont obligés d'être titulaires d'un permis de travail lorsqu'ils souhaitent travailler au Canada durant l'étude de leur demande de résidence permanente, un processus qui peut prendre des années.

M. R est arrivé au Canada en septembre 1987 et il a revendiqué le statut de réfugié à son arrivée. Il fut jugé que le fondement de sa revendication du statut de réfugié était crédible. Il a subi un examen d'admissibilité médicale et obtenu un permis de travail. Aucune restriction n'avait été imposée au type d'emploi qu'il pouvait occuper. En avril 1994, il a obtenu une prolongation indéfinie de son permis d'emploi jusqu'à la décision définitive concernant sa revendication du statut de réfugié. Cette fois encore, aucune condition

n'avait été rattachée au type d'emploi. En janvier 1995, R a commencé à travailler dans une garderie. Son travail consistait à planifier et à préparer les goûters et les repas d'enfants âgés de trois mois à six ans, à laver la vaisselle, à commander des fournitures et à organiser et entretenir son lieu de travail.

En mai 1996, on a diagnostiqué que R était séropositif au VIH. Il a révélé son état à son employeur, qui a pris des renseignements sur le VIH en milieu de travail, consulté la Commission ontarienne des droits de la personne et conclu que la séropositivité au VIH de R n'avait pas de rapport avec le travail de R. En mars 2001, au moment où R recevait le permis ministériel pour résider au Canada, un agent d'immigration l'a informé qu'il aurait besoin d'un nouveau permis de travail et que celui-ci serait toutefois restreint de manière à l'empêcher de travailler dans une garderie ou des services d'alimentation. Postérieurement à sa demande, R a obtenu un permis de travail auquel était rattachée la restriction suivante : « Non autorisé à travailler dans le domaine de la puériculture, de l'enseignement primaire et secondaire, des services de santé et de l'agriculture. » R a fait appel à une clinique d'aide juridique pour contester la restriction. Citoyenneté et Immigration Canada (CIC) a déclaré à ses avocats que la restriction n'avait pas été motivée par écrit, parce que la décision reposait seulement sur les Procédures des travailleurs étrangers temporaires (Procédures des TÈ), qui imposaient les restrictions; et que l'agent d'immigration n'avait pas le choix d'agir autrement.

R a contesté à la Cour fédérale les restrictions rattachées à son permis de travail pour plusieurs motifs. Premièrement, il a soutenu que l'agent d'immigration n'avait pas le pouvoir

de rattacher à un permis de travail des restrictions relatives à la santé, parce que, selon la Loi<sup>2</sup> et les Règlements<sup>3</sup> sur l'immigration, seul un médecin agréé pouvait prendre des décisions concernant la santé ou la sécurité publique. Deuxièmement, il a allégué

**R a allégué que les restrictions découlaient de craintes nourries par certains préjugés concernant le VIH/sida qui ne reposent sur aucun fondement médical ou scientifique.**

que les titulaires d'un permis ministériel n'étaient pas assujettis aux Procédures des TÈ relativement aux permis de travail. Troisièmement, il a allégué que, même si les Directives des TÈ avaient été applicables, l'agent d'immigration a omis de tenir compte de facteurs pertinents lorsqu'il a déterminé s'il y avait lieu ou non d'imposer des conditions au permis de travail de R. Quatrièmement, il a allégué que les restrictions étaient déraisonnables, compte tenu des faits : il travaille à la même garderie depuis sept ans; son employeur sait qu'il est séropositif pour le VIH et n'a pas d'objection; son état de santé est stable; il existe une preuve médicale très convaincante selon laquelle le VIH ne se transmet pas par simple contact; R est autonome et indépendant; et son emploi lui permet de bénéficier d'une assurance maladie qui lui est essentielle pour satisfaire ses besoins médicaux. Cinquièmement, il a allégué que les Procédures des TÈ, ainsi que la Loi et les Règlements sur l'immigration violaient de manière injustifiée

son droit à la protection contre la discrimination fondée sur le handicap, reconnu à l'article 15 de la Charte. Plus spécifiquement, il a allégué que les restrictions découlaient de craintes nourries par certains préjugés concernant le VIH/sida qui ne reposent sur aucun fondement médical ou scientifique, et que les restrictions menaçaient son moyen de subsistance et son bien-être.

Le docteur Philip Berger, un médecin spécialisé dans la recherche et le traitement du VIH/sida, a affirmé que R ne présente absolument « aucun risque (de transmission) du VIH aux enfants de la garderie où il travaille », et que les personnes infectées par le VIH peuvent sans aucun danger travailler avec des enfants, que ce soit dans les garderies, dans les écoles ou dans les établissements sportifs.

La Cour fédérale – Section de première instance n'a pas motivé son ordonnance par écrit. Toutefois, les conditions de l'ordonnance établissent clairement que le ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration devait consentir à l'annulation de la décision d'imposer des restrictions « pour le motif que les fondements médicaux sur lesquels elles reposaient ne sont plus valables. » En conséquence, la Cour devait uniquement décider s'il y avait lieu d'ordonner que R ne soit pas obligé de subir un nouvel examen médical. La Cour a déterminé qu'elle ne disposait pas de suffisamment d'informations pour rendre cette ordonnance. La partie exécutoire de l'ordonnance de la Cour se lit comme suit [traduction] : « Accueille la requête en révision judiciaire, annule le permis de travail daté du 4 février 2002, et ordonne que les médecins agréés de l'intimé [le ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration] décident si un nouvel examen médical par un médecin désigné

est requis ou non, et, si un nouvel examen médical est requis, qu'il soit réalisé aux frais de l'intimé. »

## Commentaire

La présente décision repose sur des dispositions de la Loi et des Règlements sur l'immigration qui ont été abrogées depuis. Cependant, la nouvelle Loi contient de semblables restrictions liées à la santé concernant la délivrance de permis de travail. Selon la nouvelle Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés<sup>4</sup> et le Règlement<sup>5</sup> qui en découle, les ressortissants étrangers qui veulent travailler au Canada dans un domaine où la protection de la santé publique est essentielle doivent subir un examen médical<sup>6</sup>. Selon le Guide des travailleurs étrangers, la protection de la santé publique est essentielle dans les domaines suivants : les services de santé; l'enseignement dans les écoles primaires ou secondaires ou aux jeunes enfants; le travail

ménager ou l'aide familiale en résidence; les services de garde à domicile pour les enfants, les personnes âgées ou les personnes handicapées; le travail dans les écoles maternelles; et le travail agricole exécuté par des travailleurs de pays désignés<sup>7</sup>.

Il est regrettable que la Cour n'ait pas donné de motifs écrits dans cette affaire, parce que la plupart des personnes qui vivent avec le VIH/sida n'ont pas les moyens de contester les décisions de cette nature, ou ne sont pas admissibles à l'aide juridique. Il est également regrettable que la Cour ait renvoyé l'affaire aux agents de CIC. Compte tenu de l'imposante preuve médicale et scientifique que le VIH ne se transmet pas par simple contact, et de la preuve particulière présentée dans cette cause concernant la santé de R, la Cour avait suffisamment de motifs pour ordonner au ministre de délivrer à R un permis de travail sans conditions. Une décision favorable sur cette question

aurait constitué un précédent utile. Néanmoins, une analyse rigoureuse de l'ordonnance de la Cour révèle que celle-ci a accepté l'argument de R que les agents d'immigration ne devraient pas imposer de restrictions relatives à la santé dans la délivrance de permis de travail sans le soutien d'un examen médical.

<sup>1</sup> L'avocate du requérant a demandé aux rédacteurs de la Revue canadienne VIH/sida et droit de respecter son anonymat. Les rédacteurs de la Revue ont accepté de ne pas publier son nom. C'est pourquoi le requérant est désigné du pseudonyme M. R. Il est possible de s'adresser à Amina S. Sherazee, Barrister & Solicitor; à a.sherazee@utoronto.ca pour obtenir des copies de l'ordonnance du juge Kellen, de la Cour fédérale – Section de première instance (30 mai 2003), et du dossier de la demande du requérant.

<sup>2</sup> L.R.C. 1985, c. I-2 (abrogée à compter du 28 juin 2002).

<sup>3</sup> Règlement sur l'immigration, DORS/78-172 (abrogé à compter du 28 juin 2002).

<sup>4</sup> L.C. 2001, c. 27.

<sup>5</sup> Règlement sur l'immigration et la protection des réfugiés, DORS/2002-227.

<sup>6</sup> *Ibid.*, art. 30(1)(b).

<sup>7</sup> Citoyenneté & Immigration Canada, *Guide des travailleurs étrangers*, disponible à [www.cic.gc.ca/manuals-guides/francais/fw/fwe.pdf](http://www.cic.gc.ca/manuals-guides/francais/fw/fwe.pdf).

## Immigration : une mesure de renvoi est suspendue pour des motifs humanitaires

**La Section d'appel de l'immigration de la Commission de l'immigration et du statut de réfugié (CIR) a suspendu pour des motifs d'ordre humanitaire une mesure de renvoi contre un homme vivant avec le VIH et le VHC.<sup>1</sup> Selon la Commission, qui a adopté une approche éclairée, les efforts que faisait Gurbinder Randhawa pour se libérer de sa toxicomanie étaient un facteur favorable à la suspension de la mesure de renvoi.**

Une mesure de renvoi a été imposée à M. Randhawa en vertu de la *Loi sur l'immigration et la protection des*

*réfugiés*,<sup>2</sup> parce qu'il a été reconnu coupable de tentative d'introduction par effraction dans une maison

d'habitation, une infraction criminelle punissable de l'emprisonnement à perpétuité selon le Code criminel. Il a obtenu une condamnation avec sursis, plus 18 mois de probation. M. Randhawa a interjeté appel de la mesure de renvoi, à la CIR, et a demandé que celle-ci soit suspendue pour des considérations humanitaires. La CIR a reconnu que M. Randhawa avait eu

une enfance horrible, marquée par de mauvais traitements physiques et émotifs. Elle a également reconnu que celui-ci était devenu alcoolique, et éventuellement toxicomane, pour soulager la souffrance que ces mauvais traitements lui avaient causée. M. Randhawa a témoigné qu'il avait contracté le VIH et le VHC à cause de sa consommation de drogue par injection.

Les facteurs dont la CIR a tenu compte pour prendre sa décision comprenaient le degré de réhabilitation de M. Randhawa, les risques de récidive, le degré de son établissement au Canada, et le préjudice qu'il subirait s'il retournait au pays où il serait vraisemblablement renvoyé. La CIR a jugé que presque toutes les activités criminelles de M. Randhawa étaient reliées à sa toxicomanie, et que, bien que ses infractions criminelles aient été nombreuses, elles n'étaient pas graves. La CIR a également conclu que M. Randhawa avait pris des moyens pour se réadapter, principalement en participant à un programme d'entretien à la méthadone. Bien que M. Randhawa n'avait pas commencé de traitement pour son infection à VIH et à VHC, la CIR a paru accepter l'opinion de son médecin, selon laquelle Mr. Randhawa aurait avantage à se faire traiter au Canada. D'une manière significative, la CIR a évalué son degré d'établissement au Canada du point de vue des effets à la fois positifs et négatifs que pourraient avoir les infections à VIH et à VHC :

Il est peu probable que l'appelant contribue un jour de manière importante à la vie économique du Canada, compte tenu de ses infections à VIH et à VHC et des problèmes de santé qui y sont associés. Cependant, si l'appelant poursuit son engagement à l'abstinence, je crois qu'il ne n'épuisera pas les ressources du Canada et qu'il continuera d'être utile aux personnes qui souffrent des mêmes maux et qui ont besoin du même traitement et du même réconfort. L'appelant reçoit une prestation d'invalidité.<sup>3</sup> [trad.]

La CIR a conclu que, pris ensemble, les facteurs relatifs à l'établissement de M. Randhawa étaient neutres. Après avoir examiné toutes les circonstances, la CIR a suspendu l'exécution de la mesure de renvoi pour cinq ans à certaines conditions et a ordonné la révision du cas en novembre 2005 et en novembre 2007.

### Commentaire

La décision de la CIR témoigne d'une approche éclairée relativement à la toxicomanie, aux comportements criminels associés à la dépendance à la drogue, et à l'effet de l'invalidité sur la participation d'une personne à la société canadienne. La décision repose sur la reconnaissance du fait que, lorsque des personnes subissent de mauvais traitements physiques et émotifs, elles peuvent être plus exposées à certaines maladies, comme la toxicomanie et les infections à VIH et à VHC. La CIR adopte en outre un point de vue plus large sur ce que

signifie participer à la société canadienne. Elle reconnaît que, même si M. Randhawa ne participera jamais de manière importante à l'économie, il sera « utile » à la société canadienne par son travail avec les personnes qui ont une dépendance à des drogues illégales. Cette approche nuancée contraste avec les dispositions de la Loi et du *Règlement sur l'immigration et la protection des réfugiés* concernant la non-admissibilité pour des raisons médicales.<sup>4</sup> Ces dispositions tiennent compte uniquement des coûts associés à l'invalidité, pour déterminer si une personne ne peut être admise au Canada, parce qu'elle pourrait imposer un fardeau excessif aux services de santé et services sociaux. Elles ignorent les apports potentiels de ces personnes, sur les plans économiques et non économiques.<sup>5</sup>

<sup>1</sup> *Randhawa c. Canada (Minister of Citizenship and Immigration)*, [2003] IAAD no 140 (IRB) (QL).

<sup>2</sup> L.C. 2001, c. C-27.

<sup>3</sup> *Randhawa*, supra, note 1, par. 32.

<sup>4</sup> Voir la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés*, L.C. 2001, c. 27, art. 38; *Règlement sur l'immigration et la protection des réfugiés*, DORS/2002-227, art. 1(1) définition de « fardeau excessif » et art. 34.

<sup>5</sup> Pour une analyse plus poussée de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* et les dispositions réglementaires reliées à l'inadmissibilité pour des raisons médicales, voir Réseau juridique canadien VIH/sida, *Questions et réponses: Les politiques canadiennes sur l'immigration et leur impact sur les personnes vivant avec le VIH/sida* (21 mars 2003), et *Mémoire au Comité permanent de la Chambre des communes sur la citoyenneté et l'immigration – Règlement sur l'immigration et la protection des réfugiés* (5 février 2002). Les deux documents sont disponibles via [www.aidslaw.ca/francais/contenu/themes/immigration.htm](http://www.aidslaw.ca/francais/contenu/themes/immigration.htm).

## Les dispositions de la Loi sur l'immigration concernant l'inadmissibilité médicale survivent à la contestation constitutionnelle

Dans une décision rendue le 27 juin 2002, la Cour fédérale du Canada a conclu que les dispositions de la Loi sur l'immigration concernant l'inadmissibilité pour des raisons d'ordre médical ne violaient pas les articles 7 ou 15 de la Charte canadienne des droits et libertés.<sup>1</sup> Bien que la Loi sur l'immigration<sup>2</sup> ait été abrogée par l'entrée en vigueur de la Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés<sup>3</sup> (LIPR) le 28 juin 2002, les motifs de la Cour sont importants pour certaines personnes vivant avec le VIH qui sollicitent l'admission au Canada selon la nouvelle loi.

Comme nous l'avons rapporté dans un numéro précédent de la *Revue*, Mme Chesters, une femme qui souffre de sclérose en plaques et a été déclarée non admissible à l'immigration au Canada pour des raisons d'ordre médical, a contesté la constitutionnalité des dispositions de la *Loi sur l'immigration*<sup>4</sup> concernant l'inadmissibilité pour des raisons d'ordre médical. Ces dispositions établissent qu'un candidat à l'immigration peut se voir refuser l'autorisation d'immigrer au Canada si l'on détermine que son admission « risquerait d'entraîner un fardeau excessif pour les services sociaux ou de santé ».<sup>5</sup> Mme Chester soutenait que les dispositions violaient le droit à l'égalité protégé par l'article 15 de la Charte, parce qu'elles soumettent une catégorie de personnes à un examen plus approfondi à cause d'un handicap.<sup>6</sup> Par ailleurs, elle soutenait que les dispositions avaient un effet préjudiciable et discriminatoire sur les personnes handicapées, qui sont un groupe déjà exposé à la discrimination.

Concernant l'article 7 de la Charte, Mme Chesters alléguait avoir subi une

violation de son droit à la sécurité de la personne à cause du stress mental et psychologique qu'elle a éprouvé par suite du rejet de sa demande de résidence permanente, et de l'insécurité continue dans laquelle elle se trouvait pendant qu'elle résidait au Canada en vertu d'un permis ministériel discrétionnaire.<sup>7</sup> Elle soutenait également qu'elle a souffert d'insécurité parce qu'elle n'était pas admissible au Régime d'assurance maladie financé par la province pendant la durée du permis ministériel. De plus, Mme Chesters soutenait que le critère du fardeau excessif utilisé pour déterminer l'inadmissibilité médicale et la procédure selon laquelle sa situation était évaluée à la lumière de ce critère étaient d'une imprécision inconstitutionnelle, et donc contraires à l'article 7.

Le Conseil des Canadiens avec déficiences (le Conseil) est intervenu en faveur de Mme Chesters. Le Conseil a fait siens ses arguments et a également soutenu que les dispositions concernant l'inadmissibilité médicale omettaient de comparer les apports

Selon le Conseil des Canadiens avec déficiences, les dispositions sur l'inadmissibilité médicale omettent de comparer les apports potentiels des personnes handicapées à la société canadienne, et les coûts prévus pour leurs services sociaux et de santé.

potentiels des personnes handicapées à la société canadienne, en contrepartie des coûts prévus pour les services de santé et les services sociaux. Le Conseil a mis en parallèle les dispositions sur l'inadmissibilité pour des raisons d'ordre médical avec les dispositions sur l'inadmissibilité pour des raisons d'ordre criminel. Ces dernières permettent d'établir une comparaison entre les intérêts de la personne et ceux de l'État, dans la mesure où elles donnent la possibilité à un criminel reconnu de démontrer qu'il s'est réadapté.

La Cour fédérale a rejeté les arguments de Mme Chesters fondés sur l'article 15. Elle a jugé qu'il n'y avait pas de discrimination directe. Par suite de l'analyse comparative qu'elle a effectuée selon l'article 15, la Cour a conclu que sa situation ne devait pas être comparée à celle des conjoints de citoyens canadiens physiquement aptes qui sollicitent l'admission au Canada. Elle l'a plutôt comparée à celle



d'autres membres de la « catégorie de la famille » qui souhaitent immigrer au Canada. Selon la Cour, les dispositions sur l'inadmissibilité pour des raisons d'ordre médical s'appliquaient à tous les requérants appartenant à la catégorie de la famille, de sorte qu'il n'y avait pas de discrimination directe. La Cour a également jugé que les dispositions n'avaient pas d'effet discriminatoire direct sur Mme Chesters (c'est-à-dire que les dispositions n'avaient pas d'effet préjudiciable). La Cour a conclu qu'aucun effet préjudiciable sur les requérants de la catégorie de la famille n'avait été démontré, particulièrement dans le contexte du droit de l'immigration. Pour les immigrants potentiels, a déclaré la Cour, l'admission au Canada est « un privilège accordé par le gouvernement du Canada, qui a le droit d'établir des critères d'admission, dont l'évaluation d'un risque de fardeau excessif pour les services de santé ».<sup>8</sup> [trad.]

La Cour a également rejeté les arguments de Mme Chesters fondés sur l'article 7. Elle a conclu que son droit à la sécurité de sa personne n'avait pas été violé par l'application des dispositions sur l'inadmissibilité pour des raisons d'ordre médical. Elle n'était pas une victime de l'action de l'État, puisqu'elle « n'avait pas le droit d'entrer au Canada à titre d'épouse d'un citoyen canadien ». D'après la Cour, les critères relatifs au fardeau excessif n'étaient pas vagues, puisqu'il existe des outils pour guider l'évaluation médicale et renseigner sur les questions juridiques (le manuel des médecins agréés et les critères réglementaires) et que la procédure d'évaluation n'était pas arbitraire. La Cour a admis le témoignage des deux médecins des services d'immigration qui ont évalué que

le fardeau excessif de Mme Chesters était « plus élevé que la moyenne »<sup>9</sup>. La Cour n'a pas abordé les observations du Conseil dans les motifs de sa décision.

### Commentaire

Selon la nouvelle LIPR, Chesters n'aurait pas été inadmissible au Canada en raison de son état de santé. Les personnes dont l'admission au Canada est parrainée par des proches parents ne sont pas assujetties à ces dispositions.<sup>10</sup> Cependant, toutes les autres personnes qui solliciteront l'admission au Canada à titre d'immigrants seront refusées si elles risquent d'entraîner un fardeau excessif pour les services de santé ou les services sociaux. Contrairement à la Loi et au Règlement sur l'immigration, le « fardeau excessif » est défini dans un règlement adopté en vertu de la LIPR.<sup>11</sup> Il sera donc difficile de soutenir que les critères sont d'une imprécision inconstitutionnelle. La définition de « fardeau excessif » a été abondamment critiquée lorsqu'elle a été présentée dans le projet de règlement,<sup>12</sup> notamment parce qu'elle omettait de permettre la comparaison des apports potentiels à la société canadienne des personnes handicapées, en contrepartie des coûts prévus pour les services de santé et les services sociaux. C'est l'argument que défendait le Conseil dans l'affaire Chesters, et que la Cour n'a pas abordé. La définition de « fardeau excessif » rendra inadmissible au Canada la vaste majorité des immigrants qui vivent avec le VIH, compte tenu des coûts élevés du traitement du VIH, notamment du coût des médicaments antirétroviraux pour le VIH.

La décision de la Cour fédérale dans l'affaire Chesters repose sur un raisonnement déficient. Il est permis

de croire que l'analyse de la Charte est imparfaite. Par conséquent, la décision ne devrait pas représenter un obstacle important pour une personne jugée inadmissible pour des raisons de santé qui souhaiterait contester la constitutionnalité de la LIPR.

<sup>1</sup> *Chesters c. Canada (Minister of Citizenship and Immigration)*, [2002] 1 CF 361 (1<sup>er</sup> inst.).

<sup>2</sup> L.R.C. 1985, c. I-2.

<sup>3</sup> L.C. 2001, c. 27.

<sup>4</sup> Voir R. Elliott, « Contestation de la constitutionnalité des dispositions sur l'inadmissibilité médicale dans la Loi sur l'immigration », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 6(3) : 67-68.

<sup>5</sup> L'inadmissibilité pour des raisons d'ordre médical est prévue à l'article 19(1)(a)(ii) de la Loi sur l'immigration, *supra*, note 2.

<sup>6</sup> L'article 15(1) de la Charte prévoit : « La loi ne fait acceptation de personne et s'applique également à tous, et tous ont droit à la même protection et au même bénéfice de la loi, indépendamment de toute discrimination, notamment des discriminations fondées sur la race, l'origine nationale ou ethnique, la couleur, la religion, le sexe, l'âge ou les déficiences mentales ou physiques. »

<sup>7</sup> L'article 7 de la Charte prévoit : « Chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne; il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale. »

<sup>8</sup> *Chesters*, *supra*, note 1, par. 120.

<sup>9</sup> *Ibid.*, par. 135.

<sup>10</sup> LIPR, *supra*, note 2, art. 38(2). Pour une explication plus complète de l'effet de la séropositivité au VIH en vertu de la LIPR, voir Réseau juridique canadien VIH/sida, *Questions et réponses : Les politiques canadiennes sur l'immigration et leur impact sur les personnes vivant avec le VIH/sida* (21 mars 2003), accessible via [www.aidslaw.ca/francais/contenu/themes/immigration.htm](http://www.aidslaw.ca/francais/contenu/themes/immigration.htm).

<sup>11</sup> Selon l'article 1(1) du Règlement sur l'immigration et la protection des réfugiés, DORS 2002-227, « fardeau excessif » se dit : « a) de toute charge pour les services sociaux ou les services de santé dont le coût prévisible dépasse la moyenne, par habitant au Canada, des dépenses pour les services de santé et pour les services sociaux sur une période de cinq années consécutives suivant la plus récente visite médicale exigée par le présent règlement ou, s'il y a lieu de croire que des dépenses importantes devront probablement être faites après cette période, sur une période d'au plus dix années consécutives; b) de toute charge pour les services sociaux ou les services de santé qui viendrait allonger les listes d'attente actuelles et qui augmenterait le taux de mortalité et de morbidité au Canada vu l'impossibilité d'offrir en temps voulu ces services aux citoyens canadiens ou aux résidents permanents. »

<sup>12</sup> Voir, par exemple, le document du Réseau juridique canadien VIH/sida intitulé *Mémoire au Comité permanent de la Chambre des communes sur la citoyenneté et l'immigration – Règlement sur l'immigration et la protection des réfugiés* (5 février 2002), accessible via [www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/immigration.htm](http://www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/immigration.htm).

# La crainte d'être privé de soins médicaux adéquats ne constitue pas une crainte fondée de persécution

**La Cour fédérale du Canada a refusé d'invalider la décision de la Commission de l'immigration et du statut de réfugié (CIR), selon laquelle une personne qui demandait le statut de réfugié n'était pas une réfugiée au sens de la Convention parce qu'elle n'avait pas démontré que sa crainte de persécution était fondée. La personne en cause craignait d'être persécutée à cause de sa séropositivité au VIH ou de son diagnostic de sida.<sup>1</sup> La Cour a souligné que la crainte d'être privé de traitements médicaux adéquats, sans lien défini avec un des motifs énumérés dans la Convention, ne constitue pas une crainte fondée de persécution.**

Mme Tchiegang, une Camerounaise de 33 ans, est arrivée au Canada en février 2000. Elle a revendiqué le statut de réfugiée au sens de la Convention quelque temps après, selon la Loi sur l'immigration.<sup>2</sup> « Réfugié au sens de la Convention » désigne toute personne qui, craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité, ou du pays où elle réside habituellement. Mme Tchiegang craignait d'être persécutée par le gouvernement du Cameroun et ses forces de sécurité, à cause de ses activités politiques. Elle craignait également de retourner au Cameroun parce qu'elle est séropositive au VIH et qu'elle ne pourrait obtenir de traitement, deviendrait un déchet social et ne pourrait compter sur aucun appui. La Commission a jugé qu'elle n'était pas crédible, et elle n'a pas cru qu'elle était active au Cameroun au plan politique. Selon elle, Mme Tchiegang n'a pas démontré qu'elle serait exposée à une possibilité sérieuse de persécution, pour un motif énuméré dans la Convention, du fait de sa séropositivité au VIH ou de son diagnostic de sida. Aucun docu-

ment n'a été présenté à la Commission sur le traitement des personnes qui vivent avec le VIH/sida au Cameroun.

Mme Tchiegang a demandé la révision judiciaire de la décision de la CIR pour trois motifs : la CIR était partielle; elle a ignoré des éléments de preuve pertinents et tiré des conclusions que la preuve n'étayait pas; et elle n'a pas tenté d'obtenir des renseignements sur le traitement des personnes qui vivent avec le VIH/sida au Cameroun. En ce qui a trait au troisième motif, elle a soutenu que la CIR aurait dû l'informer et informer son avocat qu'ils devaient présenter une preuve documentaire ou une preuve d'expert sur le traitement réservé aux personnes qui vivent avec le VIH/sida au Cameroun. La Cour fédérale a rejeté cet argument parce qu'à deux reprises, durant l'audience, la présidente de l'audience a manifesté sa préoccupation concernant l'absence de cet élément de preuve. La Cour a jugé que ces déclarations auraient dû suffire à renseigner Mme Tchiegang sur la preuve à présenter, et elle a souligné qu'en fait son avocat avait indiqué à la CIR qu'il avait cherché des éléments de preuve à ce sujet mais n'en avait pas trouvés.

Selon la Cour, le témoignage de Mme Tchiegang « indique qu'elle ne craignait pas la persécution à cause de sa maladie; elle craignait plutôt de recevoir des traitements inadéquats et d'être rejetée par sa famille et ses amis ». <sup>3</sup> [trad.] La Cour s'est ensuite penchée sur la différence entre la crainte de ne pas recevoir de traitement adéquat et la crainte fondée de persécution, que doit démontrer une personne qui demande le statut de réfugié au sens de la Convention :

... la crainte d'être privé de traitements médicaux adéquats, sans lien défini avec un des motifs énumérés dans la Convention, ne constitue pas de la persécution ... La Requérante n'a pas présenté à la Commission de preuve qu'elle ne recevrait pas de traitement médical pour un des motifs énumérés dans la Convention. Par conséquent, la Commission ne pouvait lui accorder le statut de réfugié au sens de la Convention pour ce motif. <sup>4</sup> [trad.]

## Commentaire

La distinction entre la crainte d'être privé de traitements médicaux adéquats et la crainte fondée de persécution établie par la Cour a été intégrée à la *Loi sur l'immigration et la*

*protection des réfugiés* (LIPR), qui est entrée en vigueur le 28 juin 2002.<sup>5</sup> Selon la LIPR, la protection des réfugiés (qu'il s'agisse d'un réfugié au sens de la Convention, ou d'une personne qui a besoin de protection) ne sera pas accordée si le

risque auquel la personne en question est exposée découle uniquement de l'incapacité d'un pays de lui fournir des traitements médicaux adéquats.<sup>6</sup>

<sup>1</sup> *Tchiegang c. Canada (Minister of Citizenship and Immigration)*, [2003] FCJ No 343 (CF, 1<sup>re</sup> inst.) (QL).

<sup>2</sup> L.R.C. 1985, c. 1-2.

<sup>3</sup> *Tchiegang*, *supra* note 1, par. 31.

<sup>4</sup> *Ibid.*, par. 32.

<sup>5</sup> L.C. 2001, c. 27.

<sup>6</sup> *Ibid.*, art. 97(1)(b)(iv).

## Sang contaminé – Nouveaux recours collectifs au Québec et en Alberta

**Au Québec et en Alberta, des personnes qui contracté le VIH et le VHC par sang et des produits sanguins contaminés ont eu gain de cause contre les gouvernements fédéral et provincial et la Société canadienne de la Croix-Rouge (SCCR), qui tentaient de faire rejeter leurs poursuites en tout ou en partie. Le 16 janvier 2003, la Cour supérieure du Québec a jugé que les demandeurs dans un recours collectif pouvaient s'appuyer sur le rapport de la Commission Krever dans leur demande d'autorisation d'exercer un recours collectif.<sup>1</sup> Le 20 février 2003, la Cour du Banc de la Reine de l'Alberta a rejeté une demande présentée par les gouvernements du Canada et l'Alberta pour faire rejeter une poursuite judiciaire intentée contre eux.<sup>2</sup> Ces causes illustrent que les projets de règlement proposés par les gouvernements fédéral et provinciaux et la SCCR, et approuvés par les tribunaux, n'ont pas mis fin aux poursuites civiles et constitutionnelles intentées par les personnes qui veulent être indemnisées pour leur infection par du sang contaminé.**

Les demandeurs dans la cause québécoise souhaitent obtenir l'autorisation d'exercer un recours collectif. Dans leur déclaration, ils s'appuient dans une large mesure sur le volumineux rapport final de la Commission d'enquête sur l'approvisionnement en sang au Canada (le rapport Krever) pour prouver leurs allégations.<sup>3</sup> Le rapport Krever contient des conclusions de faits concernant la conduite de personnes responsables de l'approvisionnement en sang au début des

années 1980. Les procureurs généraux du Canada et de l'Alberta, de même que la SCCR, ont présenté une requête pour faire radier de la déclaration les allégations fondées sur le rapport Krever. Ils soutenaient que le rapport n'était pas pertinent et qu'il constituait du oui-dire, donc que la cour ne pouvait pas l'admettre en preuve pour déterminer s'il y avait lieu d'autoriser le recours collectif.

La Cours supérieure du Québec a rejeté leurs arguments. Elle a jugé que

le droit civil du Québec était souple dans son traitement de la preuve dans ces cas. Elle a déclaré que la preuve par oui-dire était admissible en cour et qu'il reviendra à celle-ci d'évaluer la crédibilité de la preuve pour chaque allégation. La Cour a rejeté la requête pour faire radier les allégations fondées sur le rapport Krever, parce que celle-ci était prématurée. La Cour a observé que la tentative du Procureur général du Canada d'« enterrer » le rapport Krever, y compris notamment ses conclusions et recommandations, faisait preuve d'une certaine déloyauté, compte tenu du temps et des efforts consacrés à sa préparation.

Les demandeurs dans la cause de l'Alberta, qui se comptent par centaines, poursuivent les gouvernements du Canada et de l'Alberta en dommages-intérêts pour les préjudices qui leur ont été causés par des transfusions de sang contaminé par le VIH et le VHC. Les procureurs généraux du Canada et de Alberta ont présenté une requête pour faire rejeter la demande. Ils soutenaient que la demande constituait un recours abusif, puisqu'un

tribunal de l'Ontario avait approuvé des règlements dans des recours collectifs semblables et que ces règlements devraient être exécutoires en Alberta. Les deux règlements approuvés par le tribunal de l'Ontario indemnisaient respectivement les personnes infectées entre 1986 et 1990, et celles infectées avant 1986 et après 1990. Toutefois, les deux groupes n'ont pas reçu le même montant d'indemnisation : le fonds d'indemnisation destiné au deuxième groupe a été restreint par la faillite de la SCCR. Les gouvernements du Canada et de l'Alberta n'ont pas contribué au fonds d'indemnisation des personnes infectées avant 1986 et après 1990.

La Cour du Banc de la Reine de l'Alberta a jugé que l'action des

demandeurs ne constituait pas un abus de procédure, parce que leur action avait des « chances de réussir ». La Cour a conclu que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux font toujours face à leur responsabilité à l'égard des personnes infectées avant 1986 et après 1990. De plus, la poursuite des demandeurs était fondée sur la Charte canadienne des droits et libertés, alors que les deux recours collectifs de l'Ontario ont été réglés du point de vue du droit de la responsabilité civile délictuelle et n'ont pas abordé la question de la responsabilité du gouvernement en vertu de la Charte. La Cour a conclu que le groupe des personnes infectées avant 1986 et après 1990 a le droit de se prévaloir du droit à l'égalité protégé

par l'article 15 de la Charte, parce que leur droit à la protection égale de la loi a été violé, en comparaison avec le groupe des personnes infectées entre 1986 et 1990 – plus particulièrement en ce qu'elles sont devenues invalides à cause de leur infection, qu'elles ont reçu une indemnisation moindre par suite de la faillite de la SCCR, et que cette différence de traitement est attribuable uniquement à la date de leur infection.

<sup>1</sup> *Desjardins c. Société canadienne de la Croix-Rouge*, [2003] JQ no 69 (CS) (QL).

<sup>2</sup> *Adrian c. Canada (Minister of Health)*, [2003] AJ No 203 (QB) (QL).

<sup>3</sup> Commission d'enquête sur l'approvisionnement en sang au Canada. Rapport final. Ottawa, Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada, 1997 (disponible via [www.hc-sc.gc.ca/francais/protection/krever/](http://www.hc-sc.gc.ca/francais/protection/krever/)).

## Un juge refuse de réduire les dommages-intérêts accordés à un homme séropositif

Dans un jugement récent,<sup>1</sup> la Cour suprême de la Colombie-Britannique a jugé qu'il serait « injuste de réduire les dommages-intérêts accordés pour la perte de gains futurs sous prétexte qu'il existe un lien établi entre la séropositivité au VIH et la diminution de l'espérance de vie ».<sup>2</sup> [trad.] Le litige opposait M. Hunter et M. Adkens, dont la tumultueuse relation locateur-locataire s'est terminée par des voies de fait graves. Par suite de l'agression

de M. Hunter, M. Adkens, qui était séropositif, a été défiguré et a totalement et perdu définitivement l'usage de son œil droit. Il lui est devenu impossible de continuer de travailler comme chef accessoiriste dans des productions télévisées et théâtrales.

M. Adkens a poursuivi M. Hunter pour le délit de voies de fait. Le juge a conclu que les actions de M. Hunter constituaient des voies de fait. M. Hunter soutenait que le quantum des

dommages-intérêts qu'il serait tenu de payer pour la perte de gains futurs devait être réduit, parce que l'espérance de vie de M. Adkens était abrégée à cause de son infection à VIH. Aucun élément de preuve n'a été soumis au juge concernant la diminution de l'espérance de vie associée au VIH.

<sup>1</sup> *Adkens c. Hunter*, [2003] BCJ No 462 (SC) (QL).

<sup>2</sup> *Ibid.*, par. 94.

## Les taux d'infections en prison convainquent un juge de ne pas traduire un jeune contrevenant devant les tribunaux pour adultes

Un juge de la Cour provinciale du Manitoba a rejeté la demande du gouvernement concernant le renvoi de JF, un jeune contrevenant âgé de 16 ans, au tribunal pour adultes. Le juge a notamment tenu compte des dangers que représente l'incidence élevée du VIH et du VHC à l'établissement de Stony Mountain.<sup>1</sup>

Selon la *Loi sur les jeunes contrevenants*,<sup>2</sup> la couronne peut demander le renvoi d'un adolescent de plus de 14 ans à la juridiction des tribunaux ordinaires. Lorsqu'un adolescent est reconnu coupable par un tribunal ordinaire, il purge sa peine d'incarcération dans un établissement pour adultes. La Loi prévoit que, pour décider s'il y a lieu d'accorder le renvoi, le juge doit tenir compte, entre autres, de l'existence de moyens de traitement ou de réadaptation, des observations qui lui ont été présentées au nom de l'adolescent, et de tous les autres éléments qu'il considère pertinents.<sup>3</sup>

En l'espèce, des témoins ont décrit les installations, programmes et conditions de deux établissements provinciaux pour adolescents et d'un établissement fédéral pour adultes, celui de Stony Mountain. Le juge s'est exprimé sur les risques auxquels JF serait exposé, du point de vue de la violence, de la consommation de drogue et des maladies infectieuses, s'il était incarcéré à Stony Mountain :

[L]e recrutement des gangs et la violence représentent toujours des problèmes importants à Stony Mountain, plus particulièrement dans le cas des détenus vulnérables, dont font normalement partie les détenus plus jeunes et ceux qui purgent une première peine de pénitencier [...] Parfois des détenus entrent à Stony Mountain avec une certaine naïveté et en sortent considérablement endurcis. Certains détenus empirent d'autres manières durant leur incarcération. Bien que diverses dispositions soient prises pour empêcher

leur entrée à Stony Mountain, les drogues y demeurent « très prédominantes ». Le VIH/sida et l'hépatite C sont également préoccupants. Le docteur Somers a qualifié l'hépatite C de maladie à proportions « épidémiques » dans les pénitenciers fédéraux. Elle se propage par le partage d'aiguilles utilisées pour l'injection de drogue et par les pistolets de tatouage de fabrication artisanale. Le détenu qui est jeune ou nouveau dans un établissement fédéral peut aussi être plus facilement victime d'agression sexuelle.<sup>4</sup> [trad.]

Le juge a conclu que les deux établissements pour adolescents n'avaient pas de problèmes sérieux relativement à la drogue, et que le VIH/sida et l'hépatite C n'y étaient pas problématiques.

<sup>1</sup> R. c. JF, [2003] MJ No 120 (C. prov.) (QL).

<sup>2</sup> L.R.C. 1985, c. Y-1.

<sup>3</sup> *Ibid.*, art. 16(2).

<sup>4</sup> JF, *supra*, note 1, aux par. 86 à 89.



# LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX - INTERNATIONAL

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

## Australie – Médecins condamnés à verser des dommages-intérêts à une femme qui a contracté le VIH de son mari

Dans une affaire qui a été considérablement médiatisée, la New South Wales Supreme Court a déclaré deux médecins responsables de négligence pour avoir omis de prendre des dispositions pour informer une future mariée qu'elle courait un risque du fait que son fiancé vivait avec le VIH. La Cour a accordé à la femme 727 437 \$AUD en dommages-intérêts. Le couple avait consulté les médecins ensemble pour subir des tests du VIH et d'autres infections transmissibles sexuellement, mais chacun avait reçu ses résultats séparément. La femme a subséquemment contracté le VIH parce qu'elle a eu avec son fiancé des relations sexuelles non protégées.<sup>1</sup>

En 1998, une femme (PD) et son futur mari (FH) ont consulté ensemble l'Alpha Medical Centre à Sydney (Australie). Les deux ont subi des tests sanguins pour le VIH et d'autres infections transmissibles sexuellement. Le docteur Chen était le directeur médical du centre et le docteur Harvey y était employé régulièrement. Durant une consultation conjointe pré-

alable aux tests, PD a révélé que l'infection à VIH l'inquiétait beaucoup, surtout parce que FH était originaire du Ghana.

Durant la consultation, PD et FH ont déclaré qu'ils avaient des relations sexuelles protégées. PD et FH ont tous deux subi des tests pour le VIH, l'hépatite C et d'autres infections transmissibles sexuellement. Durant la consultation, le docteur Harvey n'a rien dit sur la procédure postérieure aux tests, notamment sur la façon dont les résultats seraient communiqués. Plus spécifiquement, le docteur n'a pas informé PD ou FH qu'à son avis, à moins qu'ils ne donnent leur consentement, il lui était interdit par la loi de divulguer des renseignements médicaux sur l'un d'entre eux à l'autre, y compris sur l'état sérologique relativement au VIH, à cause des obligations relatives au secret professionnel prévues par le *Public Health Act 1991*<sup>2</sup> de la Nouvelle-Galles du Sud.

PD et FH ont reçu leurs résultats de tests séparément. PD a obtenu ses résultats d'une réceptionniste, et ceux-ci étaient négatifs. La réceptionniste lui a dit qu'elle ne pouvait recevoir de copie des résultats de tests de FH, parce que ceux-ci étaient confidentiels. Les résultats de FH pour le VIH et l'hépatite B étaient positifs. Le docteur Harvey a recommandé à FH de ne pas avoir de relations sexuelles non protégées et de ne pas tenter d'avoir d'enfants et il lui a donné un rendez-vous à la Royal Prince Alfred Immunology Clinic. FH ne s'est pas présenté au rendez-vous.

FH a également rencontré le docteur Chen. Le docteur Chen lui a dit qu'il avait le sida (plutôt que de lui dire qu'il était séropositif au VIH), que c'était « mortel », et que les traitements étaient coûteux. Le docteur

Chen a dit à la Cour qu'il n'avait pas renseigné adéquatement FH sur les implications de la séropositivité, parce que, comme FH était un homme convenablement vêtu, apparemment instruit, et qu'il était africain, il croyait qu'il savait ce qu'était le VIH et qu'il comprenait la nature fondamentale de la maladie. Le docteur Chen a incité FH à se présenter à la clinique d'immunologie. Ni le docteur Harvey, ni le docteur Chen n'ont demandé à FH s'il avait l'intention de faire part de ses résultats de tests à PD.

FH n'a pas révélé à PD qu'il était séropositif au VIH. Il lui a plutôt montré des documents médicaux falsifiés indiquant que ses résultats étaient négatifs. FH et PD ont commencé à vivre ensemble en avril ou mai 1998 et ils ont eu des relations sexuelles non protégées. Ils se sont mariés en juillet 1999. Plus tard en 1999, PD a été hospitalisée pour une forte fièvre et des éruptions cutanées. Elle a reçu son diagnostic de séropositivité au VIH en janvier 2000, juste avant la naissance de son enfant.

### La poursuite

PD a poursuivi le docteur Harvey et le docteur Chen en responsabilité délictuelle pour manquement à l'obligation de diligence et, accessoirement, le docteur Harvey pour violation de contrat. Le juge Cripps, de la New South Wales Supreme Court, a rejeté l'argument fondé sur la violation de contrat, parce que « si les médecins n'étaient pas responsables du point de vue délictuel, ils ne le seraient pas du point de vue contractuel » [trad.]. Le juge Cripps a jugé l'affaire du point de vue de la responsabilité civile délictuelle fondée sur la négligence. La question centrale consistait à déterminer si les

médecins avaient manqué à leur obligation de diligence à l'égard de PD à titre de patiente.

PD soutenait que la norme de diligence de la part des médecins devrait comprendre la formulation de conseils adéquats. Plus spécifiquement, elle a fait valoir que le médecin devait rappeler au patient les obligations que lui impose la loi, notamment : (a) que le défaut de prendre des précautions pour empêcher la propagation du VIH est une infraction au sens de l'article 11 du *Public Health Act*; et (b) que, selon l'article 13 de la Loi, il est interdit à toute personne qui se sait porteuse d'une infection transmissible sexuellement d'avoir des relations sexuelles non protégées avec une autre personne, à moins qu'elle en ait informé l'autre personne avant les relations sexuelles et que l'autre personne ait volontairement accepté le risque.

Le docteur Harvey a soutenu que la loi lui interdisait de divulguer l'état sérologique de FH à PD. Il a déclaré que la divulgation illicite de renseignements médicaux pouvait constituer une faute professionnelle ou entraîner sa responsabilité pour divulgation de renseignements confidentiels.

Le juge Cripps a conclu que les deux médecins étaient loin de s'être comportés avec la diligence que l'on attend des médecins dans toutes les circonstances. Plus spécifiquement, il a jugé que les défendeurs avaient manqué à leur obligation de donner des conseils adéquats avant et après les tests, comme l'exigent les directives du ministère de la Santé, particulièrement dans le domaine de la consultation mixte. Le juge Cripps a ensuite défini la portée et le contenu de l'obligation de diligence à laquelle les médecins étaient tenus envers PD du point de vue de la protection

du secret professionnel selon le *Public Health Act 1991*.

**Les médecins ont manqué à leur obligation de donner aux patients des conseils adéquats avant et après les tests.**

L'article 17 du *Public Health Act 1991* prévoit spécifiquement la protection du caractère confidentiel des renseignements liés au VIH et au sida. La Loi permet néanmoins le non-respect du secret professionnel dans l'intérêt public ou pour la protection d'une autre personne. De plus, l'article 7(2) du Règlement pris en vertu du *Public Health Act 1991* permet la divulgation au directeur général du ministère de la Santé de la séropositivité au VIH, lorsque le défaut de divulguer ce renseignement pourrait mettre la santé publique en danger, afin que le directeur général ou l'un de ses représentants puisse procéder aux recherches nécessaires et prendre des dispositions pour protéger la santé publique.<sup>3</sup>

En analysant l'effet de ces dispositions, le juge Cripps a déclaré que les médecins « n'étaient pas libres de révéler à PD les renseignements qu'ils avaient concernant l'état sérologique de FH, mais qu'ils auraient pu et auraient dû prendre d'autres moyens, dans les limites de la loi, pour faire en sorte que PD apprenne le danger dans lequel elle se trouvait. » [trad.] Par conséquent, a dit le juge Cripps, l'obligation imposée par la loi avait une simple fonction de contrainte et « n'empêchait pas les membres du corps médical de prendre les moyens que j'ai conclu qu'ils

auraient dû prendre, mais n'ont pas pris, avec la conséquence que la demanderesse est devenue séropositive. »

De l'avis du juge Cripps, les médecins auraient dû demander conseil aux spécialistes médicaux en matière de test du VIH, à la Medical Defence Union ou au ministère de la Santé. S'ils l'avaient fait, a-t-il dit, ils auraient pris conscience de leur obligation d'orienter FH vers un type de counselling qui l'aurait persuadé de dévoiler sa séropositivité à PD. Les médecins avaient d'autres options : (a) rappeler à FH ses obligations en vertu de la législation concernant la santé publique; et (b) informer FH du droit (sinon de l'obligation) des médecins de communiquer avec des fonctionnaires de l'hygiène publique, qui auraient pu alerter PD du danger dans lequel elle se trouvait. Le juge Cripps a ajouté que, dans les circonstances, les médecins auraient également dû vérifier que FH respectait son rendez-vous avec le spécialiste.

Fait révélateur, le juge Cripps n'était pas persuadé que l'obligation de diligence des médecins envers PD devait se prolonger au-delà du moment où celle-ci avait cessé d'être leur patiente. Toutefois, cet aspect du jugement n'a eu aucune conséquence sur le résultat de l'affaire, compte tenu de sa conclusion que les médecins avaient manqué à leur obligation envers elle durant la période où elle était leur patiente.

### Résumé

En résumé, le juge Cripps a conclu que la portée de l'obligation de diligence en l'espèce exigeait que les médecins prennent tous les moyens raisonnables pour protéger PD contre un danger manifestement prévisible. L'obligation de diligence ne leur imposait pas de faire en sorte que PD

ne soit pas infectée par le VIH, mais « de faire en sorte, dans les limites de la loi, qu'elle ait l'information concernant l'état sérologique de son fiancé et le risque auquel elle était exposée pendant qu'elle était leur patiente ». Les dommages-intérêts totaux accordés à PD ont été de 727,437 \$AUD; ils se composaient de 209 000 \$AUD de dommages-intérêts généraux (y compris pour perte d'espérance de vie) et des intérêts sur les dommages-intérêts géné-

**Les médecins auraient pu et dû prendre d'autres moyens, dans les limites de la loi, afin que la femme sache dans quel danger elle se trouvait.**

raux; de 191 568 \$AUD pour perte de gain et perte de capacité de gain; et le reste pour frais médicaux à venir.

Par suite de la décision, l'Australian Medical Association a publié un communiqué de presse, le 12 juin 2003. Le président de l'Association, le docteur Bill Glasson, a dit qu'il s'agissait d'un cas où l'intérêt public et la menace possible pour la santé d'une autre personne l'emportaient sur le secret professionnel du médecin. Les commentaires du docteur Glasson font écho au Code de déontologie de 2003 de l'Australian Medical Association, qui prévoit ceci :

Respectez le secret professionnel. Les exceptions à cette règle doivent être prises très au sérieux. Elles peuvent s'appliquer lorsqu'il existe un risque pour le patient ou une autre

personne, lorsque la loi l'exige, dans le cas d'une recherche autorisée, ou lorsque l'intérêt supérieur de la société le commande.<sup>4</sup> [trad.]

Le docteur Glasson a en outre déclaré que la portée et l'étendue de l'obligation de diligence du médecin envers son patient dépendent de divers facteurs et peuvent varier considérablement selon les cas. Il a conclu qu'il n'est pas facile de formuler des limites clairement définies.

Deux documents internationaux expriment des opinions divergentes sur la façon adéquate de résoudre le dilemme éthique et juridique qui se pose aux médecins aux prises avec un conflit entre leur obligation relative au secret professionnel et leur obligation éthique d'empêcher qu'un tiers subisse un préjudice. Dans un communiqué de presse du 18 mai 2003, l'Association médicale mondiale a annoncé que son conseil a

adopté une résolution selon laquelle, lorsque la loi est contraire à la déontologie médicale, les médecins doivent s'efforcer de faire modifier la loi. En cas de conflit entre la loi et la déontologie médicale, l'obligation déontologique l'emporterait sur les obligations juridiques.<sup>5</sup>

Par contre, selon les *Directives internationales concernant le VIH/sida et les droits de l'homme*, les lois sur la santé publique devraient autoriser, mais non obliger, les professionnels de la santé à décider dans chaque cas, compte tenu des considérations déontologiques, s'il y a lieu d'informer les partenaires sexuels de leurs patients de la séropositivité de ceux-ci.<sup>6</sup> Selon les *Directives internationales*, deux facteurs doivent notamment être considérés : la perception par les professionnels de la santé d'un risque réel de transmission du VIH et le

refus de la personne séropositive d'informer son partenaire. Le raisonnement du juge Cripps est conforme aux *Directives internationales*.

– Emmanuelle Marceau

Emmanuelle Marceau est une étudiante en stage au Réseau juridique canadien VIH/sida.

<sup>1</sup> PD c. Dr. Nicholas Harvey & 1 Ors, [2003] NSWSC 487 (QL).

<sup>2</sup> Public Health Act 1991, article 75. Cet article est reproduit à [www.legislation.nsw.gov.au](http://www.legislation.nsw.gov.au).

<sup>3</sup> Public Health Regulation 1991. Ce règlement a depuis été abrogé et remplacé par le Public Health (General) Regulation 2002 (accessible via à [www.legislation.nsw.gov.au](http://www.legislation.nsw.gov.au)). L'article 10(2) du nouveau Règlement correspond à l'article 7(2) du Règlement abrogé.

<sup>4</sup> Australian Medical Association. Code of Ethics 2003, article 1(f) (accessible via [www.ama.com.au](http://www.ama.com.au)).

<sup>5</sup> World Medical Association. The Law and Medical Ethics, 18 mai 2003 ([www.wma.net/epress/2003\\_6.htm](http://www.wma.net/epress/2003_6.htm)).

<sup>6</sup> Voir Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. *Directives internationales concernant le VIH/sida et les droits de l'homme*, New York et Genève, Nations Unies, 1988, Directive 3 (Législation sur la santé publique), par. 28(g).

## La Cour européenne des droits de l'homme accepte les tests de dépistage sanguin fondés sur l'orientation sexuelle

**Dans une série de trois décisions rendues simultanément le 15 octobre 2002, la Cour européenne des droits de l'homme a rejeté des plaintes selon lesquelles la politique de l'Italie à l'égard des tests de dépistage sanguin portait atteinte à la vie privée des donneurs et était discriminatoire envers les gais et lesbiennes.<sup>1</sup>**

Selon un décret pris en 1991 par le ministre de la Santé de l'Italie, il est interdit aux personnes qui ont eu des « relations homosexuelles » de donner du sang. L'interdiction vise autant les

hommes que les femmes. En janvier 1999, trois requérants (Crescimone, une lesbienne, et Faranda et Tosto, deux hommes gais) ont voulu donner du sang et on les a refusés. Le lende-

main, ils ont intenté une poursuite selon la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales.

Les requérants soutiennent que l'exclusion des donneurs de sang fondée sur l'orientation sexuelle porte atteinte à la Convention européenne des droits de l'homme, plus particulièrement au droit à la vie privée (Article 8) et au droit à l'égalité

(Article 14). Pour eux, la présomption que les « relations homosexuelles » comportent automatiquement un risque d'infection à VIH est un préjugé purement irrationnel. Les requérants ont présenté des données qui indiquent une diminution des cas de VIH chez les hommes gais italiens. Par ailleurs les cas de VIH chez les lesbiennes sont pratiquement inexistantes, tandis que les nouveaux cas reliés à la transmission hétérosexuelle ont augmenté considérablement.

En janvier 2001, l'Italie a modifié sa politique pour donner suite à une recommandation du Conseil de l'Europe concernant les questions posées aux donneurs éventuels.

Selon la nouvelle politique, on demande aux donneurs de sexe masculin s'ils ont déjà eu des relations sexuelles avec un autre homme, et aux femmes si elles ont, dans les 12 mois précédents, eu des relations sexuelles avec un homme qui, à leur connaissance, a eu des relations sexuelles avec un autre homme.

La Cour a jugé que la nouvelle politique n'écartait pas les donneurs en raison de leur orientation sexuelle, mais à cause de leurs activités à risque. Puisque l'orientation sexuelle des requérants ne les empêchait plus de donner du sang, la Cour a conclu que l'examen de leurs requêtes n'était plus justifié. La Cour n'a pas abordé directement la question de

savoir si le fait d'interdire à un homme de donner du sang s'il a déjà eu des relations sexuelles avec un autre homme constituait de la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle. La Cour a rejeté sommairement les arguments portant sur l'atteinte à la vie privée.

– Richard Elliott

Richard Elliott est directeur des politiques et de la recherche au Réseau juridique canadien VIH/sida. On peut le joindre à [relliott@aidslaw.ca](mailto:relliott@aidslaw.ca).

<sup>1</sup> *Crescimone c. Italie*, requête n° 49824/99; *Faranda c. Italie*, requête n° 51467/99; *Tosto c. Italie*, requête n° 49821/99. Les décisions de la CEDH dans chacun de ces cas sont disponibles (en français) via [www.echr.coe.int/Eng/Judgments.htm](http://www.echr.coe.int/Eng/Judgments.htm).

## É.-U. – Un tribunal juge que la déportation d'un Dominicain séropositif ne viole pas la Convention contre la torture

**La US District Court for New York a confirmé l'ordonnance de déportation d'un ressortissant dominicain séropositif au VIH.<sup>1</sup> La Cour a jugé que le tribunal n'avait pas commis d'erreur en concluant que Rogelio Reyes-Sanchez n'avait pas prouvé qu'il serait vraisemblablement soumis à la torture s'il était déporté. Pour la Cour, la preuve selon laquelle les personnes vivant avec le VIH recevraient des soins médicaux de qualité inférieure de la part des hôpitaux publics et privés en République dominicaine ne constitue pas une preuve de torture.**

M. Reyes-Sanchez, un citoyen de la République dominicaine, contestait une décision définitive du Bureau des appels de l'immigration (BAI) qui avait rejeté ses requêtes en sursis d'extradition selon le *Immigration*

*and Nationality Act* et la *Convention contre la torture*. La Convention était en vigueur aux États-Unis depuis le 20 novembre 1994. Reyes-Sanchez avait été reconnu coupable aux États-Unis de tentative de vente de

cocaïne, ce qui est considéré comme un « crime particulièrement grave » selon les règlements du Bureau de l'immigration et de l'application des mesures douanières (Bureau of Immigration and Customs Enforcement).

Reyes-Sanchez avait soutenu devant le BAI que la politique du gouvernement de la République dominicaine concernant les médicaments pour le VIH le priverait des médicaments essentiels à son état. Selon Reyes-Sanchez, en République dominicaine certains médecins de



l'État ont peur des personnes qui vivent avec le VIH/sida et ne leur donnent pas les soins médicaux appropriés. Il ajoute qu'il existe une présomption selon laquelle tout homme qui vit avec le VIH/sida est un homosexuel; et que certains médecins refusent de donner aux homosexuels les mêmes traitements médicaux qu'aux hétérosexuels.

Le BAI a conclu que M. Reyes-Sanchez, qui a le sida, n'a pas prouvé qu'il était « plus que probable » qu'il serait torturé à cause de son état pathologique, s'il était déporté dans son pays d'origine. De l'avis du BAI, pour avoir gain de cause l'homme aurait dû prouver que les fonctionnaires de la République dominicaine ont intentionnellement créé, et maintien-

ent, des traitements de qualité inférieure pour les personnes vivant avec le VIH/sida, ce qui constituerait de la « torture » au sens de la Convention.

Le BAI a expliqué que, bien que la preuve permette de croire que les personnes qui vivent avec le VIH/sida reçoivent des traitements médicaux de qualité inférieure de la part des hôpitaux publics et privés, cela ne constitue pas de la « torture » au sens de la Convention. Du point de vue du droit américain, la torture ne comprend pas les formes moins graves de traitement cruel, inhumain ou dégradant qui ne représentent pas de la torture. En outre, la torture doit être infligée à l'instigation de l'État, ou avec son assentiment ou son consentement.

La US District Court of New York for Southern District a observé que la Convention n'est pas un traité d'application automatique et ne crée pas de droits individuels susceptibles de donner lieu à un recours en habeas. Elle a déclaré que l'interprétation américaine du traité exige qu'il soit « plus que probable » que le requérant soit soumis à la torture, ce que M. Reyes-Sanchez a été incapable de prouver. La Cour a donc conclu que l'interprétation du BAI était correcte, et qu'il avait rejeté à bon droit la requête de Reyes-Sanchez.

– *Emmanuelle Marceau*

<sup>1</sup> Rogelio Reyes-Sanchez-Sanchez c. Ashcroft, [2003] WL 2006615 (US Dist Ct NY).

## R.-U. – Un tribunal gallois tient compte de la séropositivité au VIH pour réduire une peine

**Une cour d'appel galloise a réduit la peine imposée à un contrevenant, compte tenu de sa séropositivité au VIH et malgré ses nombreux antécédents criminels.<sup>1</sup> La Cour a réduit la peine de cinq ans à trois ans et demi d'emprisonnement.**

Le 26 juillet 2002, l'accusé, Parker, a plaidé coupable à diverses infractions criminelles, dont le vol, la possession d'une arme offensive, la conduite d'un véhicule pendant une interdiction, la conduite d'un véhicule sans assurance, la possession d'un stupéfiant de catégorie A (héroïne et cocaïne) dans l'intention d'en faire le trafic, et la possession de cannabis. Parker avait déjà un lourd dossier cri-

minel. Depuis 1983, il avait comparu en cour 27 fois, relativement à 74 infractions. Bien que les infractions aient principalement été liées à la fraude et aux crimes contre les biens, son casier judiciaire comprenait également des infractions contre la personne. Il avait purgé six peines d'emprisonnement, dont une peine de trois ans en 1990. De plus, Parker avait violé plusieurs ordonnances de

service communautaire qui visaient sa réadaptation. Parker était en probation au moment de la perpétration des plus récentes infractions.

En lui imposant une peine de cinq ans d'emprisonnement, le juge a souligné le défaut de Parker de suivre les conseils du service de probation ou des services médicaux, par le passé. Le juge a déclaré : « [L]e seul endroit où vous êtes en sécurité et où vous pouvez obtenir des traitements – parce que vous n'en recevez pas autrement – et le seul endroit où le public peut être protégé contre votre comportement criminel persistant est la prison,

où vous devrez demeurer suffisamment longtemps pour vous désintoxiquer et pour vous faire soigner convenablement. » [trad.]

Parker a interjeté appel de la sentence pour le motif que le juge qui a déterminé la peine n'avait pas suffisamment tenu compte de sa situation personnelle; et que le juge avait accordé trop d'importance à la cause présumée de son état pathologique sans considérer l'effet possible de la peine sur sa santé. Parker est séropositif depuis 1993. Des rapports médicaux récents établissent que son état de santé se détériore, qu'il ne peut pas « s'attendre à une amélioration importante dans l'avenir, et qu'il y a un risque qu'il ne reçoive pas de traitement [en prison] ». [trad.]

Parker a demandé à la Cour d'appel de se montrer clémente compte tenu de son état de santé et de

réduire la peine, qui aurait été adéquate dans d'autres circonstances. La Cour d'appel a accepté l'argument et réduit la peine de Parker de cinq ans à trois ans et demi d'emprisonnement. Cette décision tranche avec la position traditionnelle des tribunaux britanniques, illustrée par l'exemple suivant : en 1997, un tribunal pénal britannique a déclaré que « le fait qu'un contrevenant soit séropositif au VIH, ou que son espérance de vie soit réduite, n'est généralement pas un facteur à retenir dans la détermination de la peine ». <sup>2</sup>

Par contraste avec la position des tribunaux britanniques, qui n'acceptent que depuis peu de réduire les peines pour tenir compte de la séropositivité des accusés, les tribunaux australiens reconnaissent régulièrement que les problèmes de santé peuvent être un élément à considérer

dans la détermination de la peine. Le *HIV/AIDS Sentencing Kit*, publié en 1996 par le HIV/AIDS Legal Centre, de la Nouvelle-Galles du Sud (Australie), <sup>3</sup> précise la position australienne. Ce document expose la pertinence de l'élément de la séropositivité dans la détermination de la peine et il analyse le contexte législatif et la jurisprudence. Il présente également des stratégies de défense utiles pour les avocats criminalistes et autres représentants de personnes accusées.

– Emmanuelle Marceau

<sup>1</sup> R. c. Parker, [2003] UJW No 2352 (CA Crim Div England & Wales).

<sup>2</sup> R. c. Bernard, [1997] 1 Cr App R (S) 135.

<sup>3</sup> *HIV/AIDS Sentencing Kit*, 3rd ed. New South Wales, HIV/AIDS Legal Centre, 1996 ([www.halc.org.au/files/sentencing\\_kit.pdf](http://www.halc.org.au/files/sentencing_kit.pdf)).

## R.-U. – L'ordonnance de déplacement d'une demanderesse d'asile séropositive est confirmée

**Un tribunal anglais a confirmé la décision de déplacer de Londres à Leeds une demanderesse d'asile qui vit avec le sida.<sup>1</sup> Le tribunal a jugé que l'intérêt public qui consiste à héberger les demandeurs d'asile à un endroit où des logements sont disponibles l'emportait sur l'intérêt de la femme de demeurer à Londres, où elle avait toutefois établi un réseau de soutien, notamment au plan des soins médicaux. Le gouvernement s'est engagé à ne pas exécuter l'ordonnance avant que soit rendue la décision concernant sa demande d'asile.**

Mme Muwangusi, qui est originaire de l'Ouganda, demande l'asile au Royaume-Uni selon l'*Immigration & Asylum Act 1999* (IAA). Elle est arri-

vée au Royaume-Uni à titre de visiteuse en octobre 2000, et on a diagnostiqué sa séropositivité peu de temps après. Elle vit de l'aide sociale

depuis février 2001, et elle a été traitée pour sa maladie liée au VIH à l'hôpital St-Georges à Londres. L'arbitre du premier niveau a refusé sa demande d'asile; Mme Muwangusi a interjeté appel au tribunal d'appel de l'immigration.

Parallèlement, le Secrétaire d'État du Royaume-Uni a décidé de déplacer Mme Muwangusi de Londres à Leeds dans l'exécution de son obligation de subvenir aux besoins des demandeurs d'asile selon l'article 95 et l'IAA,<sup>2</sup> y

compris de leur fournir le logement. À l'époque de la décision du Secrétaire, Mme Muwangusi vivait dans un logement d'urgence. Un logement permanent était disponible pour elle à Leeds. Elle a déposé une requête pour contester son déplacement. Elle soutenait que la décision du Secrétaire d'État était irrationnelle et portait atteinte à son droit au respect de sa vie privée et de sa vie familiale. Son avocat alléguait que le déplacement aurait des effets dévastateurs sur son état de santé, compte tenu du stress qu'il lui causerait. Ses médecins ont témoigné que « [e]lle est extrêmement bouleversée à l'idée d'un déplacement à Leeds, où elle ne connaît personne », et confirme qu'elle souffre de symptômes de dépression à cause du diagnostic inattendu de séropositivité au VIH et de son déménagement imminent à Leeds. À Londres, elle avait créé des liens dans la communauté et

à l'église de son quartier, et faisait partie de groupes de soutien pour personnes vivant avec le VIH/sida. Il a également été démontré que sa participation communautaire et son réseau de soutien avaient eu des effets bénéfiques sur sa santé mentale.

Au début de son analyse, le juge Goldring, de la High Court of Justice, a déclaré : « Il n'est pas contesté que la requérante recevrait des soins médicaux adéquats à Leeds. » [trad.] Il a également reconnu l'importance des liens communautaires de la requérante à Londres et du bouleversement que lui causerait le déplacement, compte tenu de son fragile état d'esprit. Néanmoins, il a jugé qu'il y avait lieu de comparer les facteurs de compassion avec l'intérêt public, qui consiste à offrir aux demandeurs d'asile des logements où ils existent, c'est-à-dire principalement à l'extérieur de Londres. Le juge Goldring a

en outre conclu que la maladie mentale de Mme Muwangusi ne semblait pas grave au point de la pousser au suicide ou à l'automutilation. En ce qui a trait au traitement médical, le juge Goldring a dit qu'elle pourrait recevoir des soins adéquats à Leeds et établir un nouveau réseau communautaire. Pour décider d'ordonner le déplacement de Mme Muwangusi à Leeds, le juge Goldring a dit qu'il tenait compte de l'engagement du Secrétaire d'État de ne prendre aucune disposition avant que le tribunal d'appel de l'immigration rende sa décision concernant la demande d'asile de Mme Muwangusi.

– *Emmanuelle Marceau*

<sup>1</sup> *Muwangusi c. Secretary of State for the Home Department* [2003] E.W.J. No. 1889 (HC) QB Admin Ct (QL).

<sup>2</sup> L'article 95(1) du *Immigration and Asylum Act 1999* prévoit que le Secrétaire d'État peut subvenir aux besoins, ou prendre des dispositions pour qu'il soit subvenu aux besoins, des demandeurs d'asile qui lui paraissent être dans le dénuement ou susceptibles de le devenir.