

Réseau juridique canadien VIH/sida

REVUE VIH/SIDA, DROIT ET POLITIQUES

VOLUME 14, NUMÉRO 1, MAI 2009

Confusion et inquiétudes liées à la criminalisation — Une décennie depuis l'arrêt *Cuerrier*

En 1998, la Cour suprême du Canada a tranché qu'une personne vivant avec le VIH pouvait être déclarée coupable de voies de fait graves pour n'avoir pas divulgué sa séropositivité et avoir exposé une personne à un « risque important » de contracter le VIH.¹ L'affaire célèbre, — *R. c. Cuerrier* — impliquait un homme séropositif et deux femmes qui avaient eu avec lui des relations intimes incluant des rapports sexuels sans condom. Le verdict, qui a attribué aux personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH/sida) l'entière responsabilité de prévenir la transmission du VIH, a soulevé de nombreuses questions dont une bonne partie, dix ans plus tard, sont encore sans réponse. En contrepartie, d'autres questions se sont ajoutées au débat.

Introduction

Depuis l'affaire *Cuerrier*, la fréquence des poursuites pénales a connu une hausse marquée. Au Canada, plus de 70 personnes vivant avec le VIH ont été accusées au criminel pour omission de dévoiler leur séropositivité.

Le tumulte entourant la criminalisation de l'exposition au VIH a connu un nouveau sommet en 2008, alors qu'a débuté le procès en Ontario de M. Johnson Aziga. Celui-ci est la première personne au Canada à être accusée de meurtre pour ne pas avoir dévoilé sa séro-

voir page 5

Dans ce numéro

Le système thaïlandais de traitement forcé de la toxicomanie 12

L'ONU adopte une déclaration historique sur les droits économiques, sociaux et culturels 28

C.-B. — Les médecins-hygiénistes demandent d'autres lieux supervisés pour l'injection 20

Ouganda — Un projet de loi exigerait le dévoilement de la séropositivité aux partenaires 30

La Cour fédérale ordonne la révision d'une décision sur la demande de statut de réfugié d'un Mexicain 40

Zimbabwe — L'effondrement du système de santé public a un effet dévastateur sur les soins pour le VIH 31



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



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

REVUE VIH/SIDA, DROIT ET POLITIQUES

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

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

Directeur de la rédaction :
David Garmaise, dgarmaise@gmail.com

Rédactrice en chef, Développements au Canada :
Alison Symington, asymington@aidslaw.ca

Rédacteur en chef, Développements internationaux :
David Garmaise, dgarmaise@gmail.com

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

Rédactrice en chef, Le VIH/sida devant les tribunaux – International :
Alison Symington, asymington@aidslaw.ca

Coordonnateur : Vajdon Sohaili

Traducteurs : Roger Caron, Jean Dussault, Josée Dussault et
Johanne Forget

Mise en page : Liane Keightley

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 2009. Le Réseau encourage la diffusion de l'information contenue dans cette Revue et il permet d'en reproduire du matériel pour peu que l'origine et la source en soient mentionnées. La rédaction apprécierait que lui soit fourni un exemplaire des publications dans lesquelles des extraits de la Revue sont utilisés.

ISSN 1712-624X

Abonnements

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

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

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

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

Tous les numéros sont accessibles sur Internet via
www.aidslaw.ca/revue

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

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

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

Au sujet du Réseau juridique canadien VIH/sida

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

Au sujet de l'American Bar Association

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

Des commentaires?

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

TABLE DES MATIÈRES

DOSSIERS

- Confusion et inquiétudes liées à la criminalisation — Une décennie depuis l'arrêt *Cuerrier* 1
- « Des patients, pas des criminels »? Examen du système thaïlandais de traitement forcé de la toxicomanie 12

DÉVELOPPEMENTS AU CANADA

- C.-B. — Les médecins-hygiénistes demandent d'autres lieux supervisés pour l'injection 20
- Plainte contre le Collège des médecins de l'Ontario pour les droits de la personne en lien avec la méthadone 21
- Nouvel octroi à Vancouver, mais incertitude financière en vue pour l'ensemble des tribunaux de la toxicomanie 22
- Un sondage indique la nécessité de combattre le stigmate, d'améliorer l'éducation et de trouver de nouveaux traitements 23
- En bref 24
- Nouvelle tentative du gouvernement fédéral d'établir des peines minimales obligatoires pour des infractions liées à la drogue
 - Un juge de l'Ontario réprimandé pour son ignorance au sujet du VIH
 - Des organismes s'opposent à une opération policière envisagée dans le Downtown Eastside
 - Des lois et politiques punitives exposent les travailleuses et travailleurs sexuels à des risques
 - Hausse en flèche du coût des soins de santé en prison
 - Manitoba — Nouveaux médicaments anti-sida ajoutés au formulaire provincial

DÉVELOPPEMENTS INTERNATIONAUX

- L'ONU adopte une déclaration historique sur les droits économiques, sociaux et culturels 28
- Ouganda — Un projet de loi criminaliserait la transmission du VIH et exigerait le dévoilement de la séropositivité aux partenaires 30
- Zimbabwe — L'effondrement du système de santé public a un effet dévastateur sur les soins pour le VIH 31
- Macédoine — Protestation contre la détention de travailleuses sexuelles 33
- Sénégal — Montée d'intolérance à l'égard des hommes gais 34
- Israël — Un chirurgien séropositif est autorisé à reprendre ses fonctions 35

..14

En bref	36
É.-U. — Obama révoque l'interdiction de financer des organismes internationaux qui pratiquent ou conseillent l'avortement	
Burundi — Le Sénat rejette une loi qui aurait criminalisé l'homosexualité	
Éthiopie — Une nouvelle loi menace les droits humains	
Inde — Expiration d'un projet de loi parlementaire pour criminaliser l'achat de services sexuels	
Afrique australe — Ébauche d'une loi modèle régionale sur le VIH	
ONU — Un énoncé condamne les violations de droits humains fondées sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre	
Asie — Explosion des cas de VIH parmi les HRSH	
LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX — CANADA	
La Cour fédérale ordonne la révision d'une décision sur la demande de statut de réfugié d'un Mexicain	40
La Cour fédérale statue que la totalité de la preuve doit être examinée dans l'évaluation du risque de persécution d'un demandeur d'asile	41
La déportation d'une Thaïlandaise est reportée jusqu'à la conclusion de son appel dans une poursuite pénale	42
Droit criminel et transmission du VIH ou exposition	44
LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX — INTERNATIONAL	
Afrique du Sud — Un tribunal ordonne à un ministre de communiquer un rapport sur le décès d'un détenu	50
Droit criminel et cas de transmission du VIH ou d'exposition	51
En bref	54
Amérique Latine — Une affaire soulève la question des droits liés à la procréation des femmes séropositives	
Sénégal — Neuf homosexuels arrêtés, jugés coupables et condamnés à des peines sévères	
Mise à jour — Fin de la période pour porter appel dans l'affaire <i>Rath</i>	

Confusion et inquiétudes liées à la criminalisation — Une décennie depuis l'arrêt *Cuerrier*

de la page 1

positivité, après le décès de deux femmes qui auraient contracté le VIH lors de rapports sexuels sans condoms avec lui.

Au Canada, certains corps de police sont de plus en plus agressifs dans leurs poursuites de soi-disant « criminels du VIH »; par ailleurs, des poursuites ont été intentées contre la police et diverses autorités gouvernementales pour ne pas avoir prévenu des femmes de la possibilité qu'elles soient exposées. Par ailleurs, de plus en plus d'observateurs et de militants, au Canada et dans le monde, signalent des appréhensions à propos de la tendance à recourir au droit pénal.

Où en sommes-nous, à présent, en ce qui concerne le droit concernant l'obligation de dévoilement de la séropositivité? Quelles nouvelles tendances et pratiques se manifestent, dans l'application du droit en la matière? Quels progrès ont été faits dans la compréhension des répercussions sociales de la criminalisation de l'exposition au VIH? Quelles occasions aura-t-on de susciter des changements positifs, au cours des prochains mois et années?

Escalade des accusations

Des plus de 70 personnes accusées depuis 10 ans pour ne pas avoir dévoilé leur séropositivité, un nombre remarquablement élevé de 32 ont été accusées au cours des trois dernières années (du début de 2006 jusqu'à la rédaction du présent article en février

2009).² Vingt de ces 32 personnes ont été accusées en Ontario.

De plus, un nombre croissant des personnes visées sont accusées d'agression sexuelle grave (un crime pour lequel la peine maximale est l'emprisonnement à perpétuité), plutôt que de délits moindres comme les voies de fait ou la négligence criminelle ayant causé des lésions corporelles. De plus, il y a eu ces récentes années quelques affaires à grande visibilité, impliquant plus d'un plaignant et des circonstances de violence ou d'exploitation.

Notamment, Carl Leone a plaidé coupable à 15 chefs d'accusation d'agression sexuelle grave, en avril 2007. Cinq des plaignantes avaient contracté le VIH.³ Des journaux ont rapporté que M. Leone aurait donné de l'alcool ou des médicaments à certaines des plaignantes, qui se seraient alors endormies et n'auraient découvert qu'après coup les rapports sexuels sans condom que l'homme a eus avec elles.⁴

M. Clato Mabior a été accusé en juillet 2008 de six chefs d'agression sexuelle grave ainsi que d'un chef d'incitation à des contacts sexuels et d'un chef de contacts sexuels [avec une personne mineure].⁵ Une des plaignantes n'avait que 12 ans au moment de son contact avec Mabior; d'après la police, il attirait chez lui des jeunes fugueuses en leur promettant de la drogue et l'hébergement.⁶

En outre, M. Johnson Aziga est accusé d'onze chefs d'accusation de

voies de fait graves et de deux chefs de meurtre au premier degré pour avoir omis, allègue la poursuite, de dévoiler sa séropositivité à des partenaires sexuelles.⁷ Au moment où nous rédigeons le présent article, l'affaire est devant un tribunal de première instance. Afin d'obtenir un verdict de meurtre dans ces circonstances, la Couronne a des obstacles considérables à surmonter en ce qui concerne la preuve ainsi que l'argument légal relatif à l'intention et à la causalité. Indépendamment du succès ou de l'échec de la Couronne, cette affaire représente un degré de plus dans l'escalade des enjeux légaux liés au non-dévoilement de la séropositivité au VIH.

Frénésie médiatique

Les médias sont très vigoureux dans la couverture de ces affaires, citant abondamment des plaignants à l'effet qu'ils n'auraient jamais eu de rapports sexuels avec les accusés s'ils avaient connu leur séropositivité, et faisant état de leurs souffrances suite à leur exposition au VIH. De fait, la majeure partie des propos offerts aux Canadiens dans des journaux locaux ou à la radio, au sujet du VIH/sida ou des personnes qui vivent avec le VIH, concerne en fait des accusations pénales pour non-divulgaration.

La couverture médiatique des accusations portées contre une femme séropositive fut particulièrement frappante : « La femme au VIH frappe à nouveau »,⁸ « Une femme avoue

une attaque par le sida; la petite rousse plaide coupable pour tentative d'infecter sexuellement la base des Forces canadiennes de Borden par le VIH »⁹ et « Elle voulait transmettre le VIH : une femme est coupable de tentative d'infecter un soldat de Borden ».¹⁰ En plus du sensationnalisme à sous-entendre une criminalité perverse, ce genre de couverture déforme les accusations. Dans ce cas particulier, les accusations étaient de ne pas avoir dévoilé la séropositivité; l'intention de transmettre l'infection n'a jamais été alléguée.

« Avez-vous eu un contact avec cette personne? »

Les corps de police, partout au Canada, ont l'autorité de diffuser de l'information aux médias et au public à propos de personnes accusées ou déclarées coupables d'un crime, notamment leur nom, leur description, leur date de naissance, leur adresse, la ou les allégations, et d'autres renseignements sur les accusations.¹¹ L'application de ce pouvoir conduit à la publication, dans les médias, de photographies de personnes qui sont accusées de ne pas avoir dévoilé leur séropositivité au VIH; on dévoile alors que la personne est séropositive au VIH et l'on prévient ses partenaires sexuels qu'ils devraient demander un avis médical et/ou communiquer avec la police.¹²

La police diffuse ces avis afin d'informer le public des opérations d'application de la loi ainsi que des processus judiciaires ou correctionnels; de trouver des victimes et des témoins en lien avec des crimes allégués; et de protéger le public. Cependant, la divulgation de renseignements personnels à propos d'une personne qui est l'objet d'une enquête représente une remise en question de la présomp-

tion d'innocence.¹³ Des conséquences néfastes peuvent en découler, pour la personne accusée, notamment en ce qui concerne son emploi et ses relations personnelles et familiales.

La publication de tels avis par la police contribue possiblement à la stigmatisation et à la discrimination que rencontrent des personnes vivant avec le VIH. Elle déclenche une tornade médiatique autour de ces affaires et elle contribue à donner l'impression que les personnes vivant avec le VIH/sida sont une menace pour l'ensemble de la communauté et posent des actes déviants et criminels.

Ces récentes années, les tribunaux ont été appelés à se pencher sur des affaires à grande visibilité, impliquant plus d'un plaignant et des circonstances de violence ou d'exploitation.

Inquiète d'éventuelles conséquences négatives pour des PVVIH/sida à la suite de la divulgation de leur séropositivité dans des avis aux médias, la British Columbia Person with AIDS Society a déposé des plaintes officielles à la Commission de la Police de Vancouver ainsi qu'au Bureau du commissaire à l'information et à la vie privée de la Colombie-Britannique, en juin 2006 et juin 2007.¹⁴

Les plaintes visaient un avis diffusé aux médias par le Département de police de Vancouver le 30 mars

2006. L'avis incluait la photographie de l'accusé, son âge et sa séropositivité ainsi qu'une affirmation qu'« il est allégué qu'il a eu des rapports sexuels non protégés avec deux hommes de Vancouver en niant sa séropositivité ».¹⁵

La Commission de la Police de Vancouver a répondu qu'elle n'avait pas trouvé de lacune dans ses politiques concernant la diffusion d'information, ni dans le cas spécifique concerné par la plainte. La Commission a affirmé qu'« aucune technique d'enquête moins intrusive n'aurait pu être utilisée et avoir le même résultat pour identifier d'autres victimes ».¹⁶

De plus, elle a affirmé qu'« il était essentiel que la séropositivité de l'accusé et son déni de son état soient divulgués. Si cette annonce n'avait pas été faite, d'autres personnes qui ont eu avec lui des rapports sexuels consentis et non protégés n'auraient pas pu savoir qu'elles étaient des victimes ».¹⁷

Devoir d'avertir?

Depuis quelques années, un certain nombre de poursuites en réclamation de plusieurs millions de dollars ont été déposées, alléguant qu'une PVVIH/sida accusée au criminel ainsi que diverses agences gouvernementales avaient échoué à avertir le plaignant qu'il était exposé à un risque d'infection par le VIH. Ces poursuites se manifestent dans le contexte du statut du VIH et du sida comme des maladies à déclaration obligatoire dans tous les territoires et provinces du Canada, ce qui signifie que les autorités de santé publique peuvent apprendre la séropositivité d'une personne plus rapidement que ses partenaires sexuels.

Une de ces poursuites vient de l'ex-mari d'une femme qui a été

déclarée coupable d'agression sexuelle grave en janvier 2007 pour ne pas lui avoir dévoilé sa séropositivité.¹⁸ Les réclamations dans cette poursuite ratissent large. De son ex-épouse, le plaignant réclame 11 millions \$ en dommages, alléguant une omission intentionnelle de dévoilement, une négligence intentionnelle dans la transmission du VIH, une fraude pour l'obtention de son parrainage aux fins d'immigrer au Canada, et l'infliction intentionnelle de détresse émotionnelle.¹⁹

Le plaignant réclame également 9 millions \$ en dommages auprès de l'employeur de la femme (le club de striptease où elle travaillait). En outre, il réclame 13 millions \$ du Gouvernement du Canada (y compris de Citoyenneté et Immigration) ainsi qu'une déclaration que l'entente de parrainage est annulée. Le Gouvernement de l'Ontario et le département de la santé publique de la Ville de Toronto sont également cités dans les poursuites.

Les allégations visant les gouvernements du Canada et de l'Ontario incluent l'échec, par négligence ou intention, d'avertir le plaignant de la séropositivité de son épouse; le fait de l'avoir laissé signer un contrat de parrainage pour l'immigration sans divulgation complète des faits; le défaut d'honorer leurs responsabilités et l'avènement d'une conspiration ultérieure afin de cacher leur connaissance de la séropositivité de la femme ainsi que leur négligence; l'échec à avoir administré les examens médicaux adéquats; et la complicité dans la fraude commise par son ex-épouse.²⁰

Deux poursuites ont par ailleurs été intentées contre Carl Leone. La première est formulée par une femme qui affirme l'avoir rencontré sur Internet, dans un espace de clavardage, alors qu'elle avait 16 ans. Elle allègue

avoir contracté l'herpès et le VIH pendant leur relation de deux ans.²¹

Outre la poursuite contre Leone, la plaignante poursuit quatre membres de la famille de celui-ci ainsi que la Windsor Police Services Board pour 10 millions \$. La plaignante y affirme que chacun des défendeurs savait ou aurait dû savoir que des préjudices à son endroit étaient la conséquence possible de leur échec à l'avertir de la séropositivité de Leone ou à adopter des mesures pour la protéger.²²

Une autre poursuite, de la part d'autres plaignants dans l'affaire pénale, a été déposée en janvier 2009. Chacun réclame à la Windsor Police Services Board, à l'Unité de la santé publique du comté de Windsor Essex ainsi qu'à Leone, des dommages au montant de 10 millions \$.²³ Les plaignantes allèguent que la police n'a pas procédé à une enquête raisonnable lorsque des allégations furent initialement signalées à propos de Leone. Elles allèguent aussi que l'unité de santé publique n'a pas pris de mesures pour les protéger ainsi que le public et qu'elle a échoué à signaler Leone aux autorités policières bien qu'elle savait qu'il avait commis une infraction criminelle.²⁴

En outre, une poursuite similaire a été déposée dans l'affaire Aziga, en août 2008. La plaignante allègue que les intervenants de santé publique et la police savaient qu'elle avait des rapports sexuels avec Johnson Aziga, dont ils connaissaient la séropositivité, mais ne l'en ont pas avertie. Dans sa poursuite, elle allègue que les autorités lui ont caché de l'information afin d'arrêter Aziga, et l'ont donc « utilisée comme un appât ». ²⁵

Ces poursuites soulèvent d'importantes questions, à savoir si les autorités publiques – que ce soit la police ou les autorités de santé publique ou

de l'immigration – ont une obligation légale d'« avertir » des partenaires sexuels pouvant être exposés à contracter le VIH, et de déclarer d'éventuels criminels à la police.

Les lois provinciales et territoriales en matière de santé publique accordent aux responsables du domaine le pouvoir de procéder à une notification des partenaires, ce qui implique de contacter les partenaires sexuels ou d'injection d'une personne qui a une infection transmissible sexuellement, afin de les avertir qu'ils ont pu y être exposés et devraient passer des tests.

Un certain nombre de réclamations de plusieurs millions de dollars ont été déposées, alléguant que l'accusé et diverses agences gouvernementales avaient failli à leur « obligation de prévenir ».

En général, le professionnel de la santé qui procède à la notification ne révèle pas le nom du « patient index » ni aucun renseignement pouvant conduire à l'identifier.²⁶ Est-ce là la pleine portée des exigences de cette notification au regard du droit canadien ou existe-t-il, comme l'affirment ces poursuivants, un « devoir d'avertir » plus large?

Tel que nous l'avons décrit ci-dessus, des services de police affirment avoir l'autorité nécessaire pour diffuser des avis au public en lien avec des affaires au stade

d'enquête. La responsabilité dans certaines circonstances, d'avertir une personne qu'ils peuvent identifier comme ayant un risque de subir un préjudice, a déjà été établie par des tribunaux, concernant des hôpitaux, des psychiatres, des travailleurs sociaux et la police — mais aucune jurisprudence canadienne en la matière n'est reliée au VIH.

Par ailleurs, la situation n'est pas claire, à savoir si les conseillers en matière de test du VIH ont ou n'ont pas une obligation légale de révéler de l'information confidentielle à propos d'un client afin d'éviter un préjudice à une tierce personne. Ces intervenants en counselling ont toutefois le *pouvoir discrétionnaire* de le faire si : (a) il y a un risque clair de préjudice pour une personne identifiable ou un groupe de personnes; (b) il existe un risque important de lésions corporelles graves ou de décès; et (c) le danger est imminent.²⁷

En quelles circonstances le pouvoir discrétionnaire devient-il, le cas échéant, une obligation légale? Et à qui cette obligation incombe-t-elle? Quelles protections sont (ou devraient être) en place pour assurer que de telles mises en garde ne sont pas faites de manière inappropriée et pour voir à ce que les décisions tiennent compte d'une évaluation comparative adéquate entre le droit à la confidentialité et les préjudices que sa violation peut comporter pour la personne séropositive? La réponse des tribunaux à ces questions pourrait avoir des répercussions considérables sur les pratiques de la santé publique ainsi que de la police, partout au Canada.

Incertitudes légales persistantes

Dans l'arrêt *Cuerrier*, la Cour suprême du Canada s'est penchée

sur la question de savoir en quelles circonstances la non-divulgence de la séropositivité au VIH à un partenaire sexuel peut constituer de la « fraude » qui est de nature à vicier le consentement du partenaire et à faire d'un rapport sexuel une agression sexuelle.²⁸

L'élément flou dans l'arrêt *Cuerrier* : où devrait-on tirer la ligne entre les activités qui demandent un dévoilement de la séropositivité et celles qui ne le demandent pas?

En particulier, le juge Cory, s'exprimant pour la majorité de la cour, a affirmé que la Couronne devait faire la preuve de deux éléments afin d'établir qu'il y avait eu une telle fraude. Premièrement, il doit y avoir eu « représentation malhonnête », que ce soit un mensonge délibéré à propos de la séropositivité ou le non-dévoilement de celle-ci. Deuxièmement, la Couronne doit prouver que la malhonnêteté a entraîné une « privation » pour le plaignant :

La deuxième condition de l'existence d'une fraude est que la malhonnêteté entraîne une privation sous forme de préjudice réel ou, simplement, de risque de préjudice. Un préjudice ou risque de préjudice insignifiant ne satisfera pas toutefois à cette condition dans les cas d'agression sexuelle où

l'activité aurait été consensuelle si le consentement n'avait pas été obtenu par fraude. [...] À mon avis, le ministre public devra établir que l'acte malhonnête (les mensonges ou l'omission de divulguer) a eu pour effet d'exposer la personne consentante à un risque important de lésions corporelles graves. Le risque de contracter le sida par suite de rapports sexuels non protégés satisferait clairement à ce critère.²⁹

Le jugement majoritaire n'imposait clairement pas d'obligation généralisée, aux personnes vivant avec le VIH, de dévoiler leur séropositivité avant tous les rapports sexuels. L'élément flou était à savoir où l'on devrait tirer la ligne entre les activités qui demandent ce dévoilement et celles qui ne le demandent pas. Par exemple, le j. Cory s'est demandé si le dévoilement pourrait ne pas être requis pour un rapport où l'on utilise le condom, mais il n'a pas tranché la question de manière explicite.³⁰

À ce jour, les paramètres du droit pénal canadien à l'égard de la non-divulgence de la séropositivité au VIH demeurent incertains, en particulier en ce qui concerne les activités à moindre risque (p. ex. la pénétration avec condom, la fellation) et le cas d'une charge virale indétectable. Des cours de première instance ont laissé entendre, dans quelques affaires, que la non-divulgence à un partenaire ne vicierait pas le consentement puisque le risque qu'implique une certaine activité n'est pas d'un degré « légalement significatif ».

Dans l'affaire *R. v. Nduwayo*, le juge a instruit les jurés en disant que l'accusé avait une obligation légale de dévoiler sa séropositivité à son partenaire sexuel avant un rapport sexuel sans condom, mais qu'il n'avait pas cette obligation s'il

utilisait un condom en tout temps.³¹ De manière semblable, dans l'affaire *R. v. Smith*, le juge a dit comprendre qu'afin de déclarer que l'accusé était coupable, il devait avoir la certitude au delà du doute raisonnable que les rapports sexuels avaient eu lieu sans condom.³² Et dans *R. v. Edwards*, le juge a affirmé que la Couronne avait reconnu que la fellation à un homme séropositif ne soulèverait pas d'obligation légale de divulgation.³³

Dans une décision plus récente au Manitoba, cependant, le juge d'instruction a interprété différemment le droit. La décision a criminalisé la non-divulgation même lorsqu'un condom est utilisé.³⁴ Cette affaire était aussi la première dans laquelle on se penchait sur la question d'une charge virale faible et de sa pertinence au regard d'un « risque important ».

Le juge a conclu qu'*ensemble*, une charge virale indétectable et l'usage du condom réduiraient le risque de transmission en deçà du seuil à partir duquel le risque est considéré « important »; cependant, il a jugé que ni le port d'un condom ni une faible charge virale, comme élément isolé, ne suffirait à lever l'obligation de dévoiler sa séropositivité.³⁵ (Au moment où nous écrivons le présent article, une demande d'appel a été déposée dans cette affaire, mais aucune autre mesure n'a été entreprise.)

Depuis que la Cour suprême a établi le seuil du « risque important », pour la responsabilité, des progrès médicaux et scientifiques considérables ont été faits dans la compréhension de la transmission du VIH et dans son traitement. Ces cas illustrent les défis auxquels sont confrontés les tribunaux, de se mettre au fait des développements médicaux et scientifiques, et de les appliquer aux

diverses circonstances concrètes des rapports sexuels.

La protection des femmes

Près des deux tiers des accusations portées pour la non-divulgation de la séropositivité, depuis trois ans, concernent des défendeurs de sexe masculin et des plaignantes; plusieurs coplaignantes, dans quelques cas. Il n'est pas étonnant, par conséquent, que certains tenants du recours au droit pénal considèrent qu'il s'agit d'un châtement approprié pour les hommes qui exposent égoïstement la santé et la vie de femmes, à des risques. Mais des accusations pénales pour non-divulgation protègent-elles les femmes contre les préjudices?

Les accusations pénales détournent l'attention de la tâche plus vaste d'assurer à tous une information et des services complets en matière de santé sexuelle.

Le fait de porter des accusations pénales contre un homme, après-coup, pour ne pas avoir dévoilé sa séropositivité à une partenaire sexuelle éventuelle, peut punir l'homme pour ne pas avoir été franc mais cela ne procure pas de protection contre l'exposition — la femme a déjà été exposée. Par conséquent, la seule fonction potentiellement protectrice que peuvent avoir des accusations pénales serait celle de la dissuasion

— en l'occurrence si une personne au courant de sa propre séropositivité mais qui ne la révélerait pas était poussée à le faire à cause du risque de poursuite criminelle en cas contraire.

Or les données qui permettraient de croire à un tel effet dissuasif sont rares, voire inexistantes. En général, la valeur dissuasive des poursuites criminelles est minimale, dans la sphère des pratiques sexuelles — et en particulier en présence d'alcool, de drogue ou de violence domestique. La seule étude jusqu'ici à avoir tenté de mesurer l'effet de dissuasion du droit pénal sur la non-divulgation de la séropositivité à des partenaires sexuels (il ne s'agit pas d'une étude canadienne) n'a pas observé grand effet. Les auteurs ont conclu qu'ils avaient

échoué à réfuter l'hypothèse nulle voulant que le droit pénal n'a pas d'influence sur le comportement sexuel à risque. Le droit pénal n'est pas une intervention clairement utile pour promouvoir le dévoilement des personnes séropositives à leur partenaires sexuels. Vu les inquiétudes quant à de possibles effets néfastes du droit pénal, comme la stigmatisation ou la réticence à collaborer avec les autorités sanitaires, nos constats suggèrent de faire preuve de prudence dans le déploiement du droit pénal en tant qu'intervention pour modifier le comportement de personnes séropositives.³⁶

Si l'objectif est de protéger des femmes contre l'infection par le VIH, les accusations au criminel pour non-divulgation de la séropositivité sont un piètre substitut à l'habilitation des femmes à prendre le contrôle sur leur sexualité, à l'éradication de la violence à l'égard des femmes, et à la réponse aux causes fondamentales de

la discrimination contre les femmes et de la subordination de celles-ci.

Les accusations pénales détournent l'attention de la tâche plus vaste d'assurer à tous une information et des services complets en matière de santé sexuelle. Tant que les femmes dépendront de leurs partenaires (ou des autorités sanitaires ou de la police) pour qu'on leur divulgue des préjugés auxquels elles pourraient être exposées, elles ne seront jamais égales ni autonomes dans leurs relations.

Afin d'éviter la confusion, nous affirmons que les hommes qui agressent ou exploitent des femmes devraient être poursuivis avec toute la force du droit (il est toutefois remarquable que la proportion de verdicts de culpabilité à des accusations d'agression sexuelle est extrêmement faible, au Canada). Mais l'agression sexuelle est déjà un acte criminel. Le fait que l'agresseur se savait séropositif au moment de l'acte peut être un facteur aggravant, mais ce n'est pas là l'essence du crime.

De plus, un nombre croissant de femmes au Canada sont séropositives au VIH. Quelles sont les conséquences du fait de poursuivre ces femmes si elles ne dévoilent pas leur état, y compris lorsqu'il s'agit de femmes qui sont dans un couple empreint de violence ou qui dépendent économiquement de leur partenaire?

Une récente affaire, à Montréal, est révélatrice sur ce plan. En février 2008, une femme a été déclarée coupable d'agression sexuelle grave pour ne pas avoir dévoilé sa séropositivité à son compagnon lorsqu'ils ont commencé à se fréquenter.³⁷ Après quelques mois dans leur relation, qui a duré cinq ans, elle lui a dévoilé sa séropositivité. Ils ont rompu, et l'homme a été accusé de voies de fait, à la suite de plaintes de vio-

lence domestique contre la femme et son fils; en guise de représailles, il a allégué qu'elle avait échoué à lui dévoiler sa séropositivité au VIH avant qu'ils commencent à avoir des rapports sexuels sans condom.

La femme a affirmé dans son témoignage qu'ils avaient utilisé des condoms dès le début de leur relation, mais la cour a conclu que le couple avait eu au moins un rapport sexuel sans condom avant que la dame dévoile sa séropositivité.³⁸ Dans un dénouement à l'ironie amère, l'homme a bénéficié d'une libération absolue et sans casier judiciaire, bien qu'il eût été déclaré coupable d'avoir agressé la femme et son fils.

Dans de telles circonstances, la criminalisation du non-dévoilement et de l'exposition au VIH a-t-elle un effet protecteur pour les femmes? Et, comme un nombre croissant de femmes sont séropositives, en particulier parmi les autochtones et les personnes qui s'injectent des drogues ou qui ont un partenaire qui s'en injecte, les femmes seront-elles protégées et habilitées, par la criminalisation, où se retrouveront-elles plutôt en nombre accru derrière les barreaux?

La voie future — que faire?

En contrepartie de la tendance canadienne des dix dernières années, à un recours de plus en plus étendu et fréquent au droit pénal en réponse à des cas d'exposition au VIH, nous en sommes à un point où d'importants changements pourraient possiblement être faits si les militants misent de manière stratégique sur des occasions en émergence. Plusieurs interventions spécifiques pourraient présenter une pertinence particulière :

- rehausser l'information publique et le débat sur la criminalisation

de l'exposition au VIH et sur ses répercussions;

- élaborer une stratégie de défense légale, y compris de la documentation à l'intention des avocats de la défense ainsi que des experts appelés à témoigner en cour;
- travailler auprès des bureaux de procureurs généraux, à développer des lignes directrices pour les poursuites, afin de circonscrire les tentatives des procureurs d'élargir la portée du droit pénal;³⁹ et
- développer une base d'information sur les répercussions de la criminalisation de l'exposition au VIH, y compris un répertoire des recherches publiées.

Le Canada a actuellement l'insigne (dés)honneur d'être un leader mondial dans la criminalisation de l'exposition au VIH. Peut-être que dans la prochaine décennie post-*Cuerrier*, nous arriverons à faire progresser une approche qui soit fondée davantage sur les droits et éclairée par les faits et données, en ce qui a trait à la sexualité et à la prévention du VIH, de telle sorte que des accusations pénales pour des rapports sexuels autrement consensuels ne seraient plus considérées comme une action justifiée.

— Alison Symington

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

¹ *R. c. Cuerrier*, [1998] 2 R.C.S. 371.

² Le Réseau juridique canadien VIH/sida procède à un suivi concernant les accusations pénales pour la non-divulgence du VIH, à l'aide du contenu des médias, des bases de données de la jurisprudence ainsi que d'information reçue d'organismes de lutte contre le VIH/sida.

d'avocats ainsi que de personnes vivant avec le VIH/sida. Bien qu'une telle nomenclature ne puisse jamais être exhaustive, le Réseau juridique est d'avis que l'information qu'il collige inclut la majorité des affaires qui ont eu lieu au Canada. À moins de note à l'effet du contraire, les observations formulées dans le présent article sont fondées sur le suivi effectué par le Réseau juridique.

³ « Guilty of exposing women to HIV, Ontario man faces life sentence », *Sudbury Star*, 28 avril 2007, p. A8.

⁴ Voir p. ex., D. Schmidt, « 'I'm clean,' he told victims; some given pills and blacked out », *Windsor Star*, 28 avril 2007, p. A1.

⁵ *R. v. Mabior*, 2008 MBQB 201.

⁶ P. Turenne, « Sex menace sentenced; HIV-infected man lured runaway girls with drugs », *Winnipeg Sun*, 11 octobre 2008, p. 5.

⁷ D. Peat, « Accused lied about HIV, Crown says; but defence argues it wasn't murder, it was cancer », *Toronto Sun*, 21 octobre 2008, p. 5.

⁸ T. McLaughlin, « HIV woman strikes again: cops; charged with having unprotected sex », *Toronto Sun*, 28 février 2007, p. 4.

⁹ T. McLaughlin, *Toronto Sun*, 26 novembre 2005, p. 4.

¹⁰ Page un, *Toronto Sun*, 26 novembre 2005.

¹¹ Ce pouvoir est contenu dans divers éléments de législation provinciale et fédérale, y compris en matière de vie privée et en matière d'autorité policière. Voir G. Betteridge et T. Katz, « Ontario — La police divulgue la séropositivité d'accusés, en vertu de la Loi sur les services policiers », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 9(3) (2004) : 24–26.

¹² Par exemple, en mars 2007, le Service de police de Toronto a rendu publique une photographie de Robin St. Clair, dans un communiqué de presse, en signalant qu'elle avait 26 ans et était accusée d'agression sexuelle, et allé-

guant qu'« elle a omis délibérément de dévoiler sa séropositivité au VIH à un partenaire sexuel » et qu'« elle a omis d'informer d'autres partenaires sexuels afin d'avoir des relations sexuelles avec eux » [trad.]. Dans son communiqué, la police affirmait publier la photo de Mme St. Clair afin d'inciter toute personne qui aurait eu un contact sexuel avec elle à demander un avis médical; et que la police demandait l'aide du grand public afin de trouver des victimes ou des témoins. (Toronto Police Service, 32 Division, communiqué, 22 mars 2007.)

¹³ G. Betteridge et T. Katz.

¹⁴ Lettres en filière auprès de l'auteure.

¹⁵ Avis aux médias, en filière auprès de l'auteure.

¹⁶ Mémoire du 13 décembre 2006, de Volker Helmuth, directeur, Planning and Research Section, au Service & Policy Complaint Review Committee, Vancouver Police Board, p. 2. [en filière auprès de l'auteure].

¹⁷ *Ibid.*

¹⁸ *Whiteman v. Iamkhong et al*, Déclaration, Cour supérieure de justice de l'Ontario [en filière auprès de l'auteure].

¹⁹ *Ibid.*, par. 4.

²⁰ *Ibid.*, par. 5.

²¹ *Jane Roe v. Carl Desmond Leone et al*, Déclaration, 18 avril 2005 [en filière auprès de l'auteure].

²² *Ibid.*, par. 28–34.

²³ T. Wilhelm, « Leone victims launch \$20M lawsuit », *Windsor Star*, 29 janvier 2009 (sur Internet).

²⁴ *Ibid.*

²⁵ N. Macintyre, « They used me as HIV 'bait'; woman sues for more than \$6m in damages », *Hamilton Spectator*, 13 août 2008.

²⁶ Réseau juridique canadien VIH/sida, *La législation sur la santé publique et la prévention du VIH*, Feuilles d'information sur le droit criminel et le VIH (2008).

²⁷ *Smith c. Jones*, [1999] 1 R.C.S. 455 (Cour suprême du Canada).

²⁸ *Code criminel*, art. 265(3)(c) et 273(1).

²⁹ *R. c. Cuernier*, [1998] 2 R.C.S. 371, au par. 128.

³⁰ *R. c. Cuernier*, [1998] 2 R.C.S. 371, au par. 129.

³¹ *R. v. Nduwayo*, [2006] B.C.J. N° 3418, aux par. 7-8. Voir aussi *R. v. Nduwayo*, Charge to the Jury, p. 625–626.

³² *R. v. Smith*, [2007] S.J. N° 166 (Sask. P.C.), au par. 59.

³³ *R. v. Edwards*, 2001 NSSC 80, au par. 6.

³⁴ *R. v. Mabior*, 2008 MBQB 201, au par. 116.

³⁵ *Ibid.*, par. 117.

³⁶ S. Burris et coll., « Do criminal laws influence HIV risk behavior? An empirical trial », *Arizona State Law Journal* 39 (2007) : 467.

³⁷ *R. c. D.C.*, District de Longueuil, Chambre criminelle, 505-01-058007-051, 14 février 2008. Voir aussi : « 1 year sentence for HIV-positive woman guilty of assault; sentence to be served in community because of women's health, court says », *CBC News* (sur Internet), 9 juillet 2008.

³⁸ *Ibid.*

³⁹ Par exemple, un guide juridique (pour les procureurs de la couronne et les chargés de cas) ainsi qu'un énoncé de politiques (pour un public plus vaste), à propos des poursuites pour transmission sexuelle d'infections, ont été publiés en mars 2008 par le Crown Prosecution Service du Royaume-Uni. Voir Y. Azad, « Élaborer des lignes directrices sur les poursuites judiciaires liées au VIH : une forme de réduction des méfaits? », *Revue VIH/sida, droit et politiques*, 13(1) (2008) : 14–21.

« Des patients, pas des criminels »?

Examen du système thaïlandais de traitement forcé de la toxicomanie

En Thaïlande, depuis la promulgation d'une nouvelle loi sur le traitement de la dépendance à la drogue en 2002, le nombre de personnes enrôlées dans des programmes de traitement forcé de la toxicomanie a connu une hausse marquée. Le présent article décrit ce système, et en particulier ses programmes en résidence. On y présente également des observations préliminaires à propos de la mise en œuvre de la loi au regard de ses propres termes — en l'occurrence, l'affirmation que les personnes qui ont une dépendance à une drogue devraient être « traitées comme des patients et non comme des criminels ». Il est en effet important de diriger les personnes dépendantes de la drogue vers d'autres avenues que le système de justice pénale, mais dans les faits la mise en œuvre de cette loi contrevient de multiples manières à cette approche affirmée. Le présent article est basé sur un rapport publié en 2009 par le Réseau juridique canadien VIH/sida.¹

Introduction

De longue date, les politiques thaïlandaises en matière de drogue ont toujours priorisé la criminalisation et l'emprisonnement des personnes qui font usage de drogue, dans l'espoir que le pays devienne « sans drogue ». Bien qu'elle vise ce même objectif, la *Narcotic Addict Rehabilitation Act, B.E. 2545 (2002)* [Loi sur la réhabilitation des narcodépendants] (la Loi) offre des avenues de rechange à l'incarcération pour certaines infractions liées à la drogue :

La réhabilitation des toxicomanes est considérée comme une importante tâche dans le système de justice pénale de la Thaïlande. Antérieurement, les toxicomanes/utilisateurs de drogue étaient emprisonnés, comme des criminels. Depuis le 2 mars 2003, les toxicomanes/utilisateurs de drogue ne sont plus arrêtés en tant que « criminels » mais plutôt en tant que « patients ». Plutôt que d'être poursuivis en justice, ils seront orientés vers la réhabilitation, en vertu de plans appropriés. S'ils réussissent, ils seront

acquittés. En revanche, s'ils échouent, ils seront finalement l'objet d'accusations dans le système de justice pénale.²

Dans un discours prononcé en 2004 à l'occasion de la « Journée internationale contre l'abus et le trafic de drogue » célébrée annuellement par les Nations Unies, le ministre de la Justice à cette époque, Phongthep Thepkanjana, a affirmé que

la politique nationale pour résoudre le problème de l'abus de drogue et de la dépendance est clairement énoncée, à l'effet que les toxicomanes sont considérés comme des « patients » et non comme des criminels. Mettre l'accent sur l'importance et l'efficacité du traitement de la toxicomanie est une de nos principales approches stratégiques.³

Méthodologie

Pendant deux visites en Thaïlande en 2008, totalisant trois semaines, l'auteur a rencontré des responsables

de divers ministères et agences du gouvernement du pays; il a également visité sept centres résidentiels de traitement de la toxicomanie, dont le fonctionnement relève de diverses instances, notamment de divisions des forces armées. L'échantillon incluait des centres « intensifs » et de « moins intensifs », de même qu'un centre pour femmes et un pour les jeunes. Lorsque possible, l'information fournie par les représentants gouvernementaux cités ici a été comparée à l'information fournie par d'autres. L'auteur a également procédé à 15 entrevues détaillées et semi-structurées, avec des personnes qui ont déjà été détenues dans ces centres de traitement forcé de la toxicomanie.⁴

Les limites de cette recherche incluent l'échantillon relativement restreint de personnes interrogées à propos de leur expérience en centre de traitement forcé de la toxicomanie, le grand nombre de tels centres en Thaïlande et les diverses approches au traitement entre les diverses agences qui s'occupent des centres.

Néanmoins, cette recherche est l'une des premières à présenter une évaluation du récent système thaïlandais de centres de traitement forcé de la toxicomanie. Elle a également le mérite d'inclure des expériences et opinions de personnes qui ont vécu l'expérience de ces centres — des perspectives trop souvent ignorées.

Les lois thaïlandaises sur la drogue; le risque de VIH

En dépit de l'adoption de la Loi de 2002, la *Psychotropic Substances Act B.E. 2518 (1975)* ainsi que la *Narcotics Control Act B.E. 2519 (1976)* et la *Narcotics Act B.E. 2522 (1979)* demeurent en vigueur. Celles-ci interdisent et contrôlent les actes non autorisés de production, de consommation, de possession et de vente d'un vaste échantillon de drogues, dont le cannabis, l'héroïne, la cocaïne et les stimulants du type amphétamines.

(La méthamphétamine, appelée *ya ba* ou *ya ma*, est l'une des drogues les plus populaires en Thaïlande.⁵)

Les peines pour des infractions liées à la drogue vont d'une amende de quelque centaines de milliers de baht, à 20 ans d'emprisonnement — et dans le cas du trafic, ou de la possession à cette fin de la plus infime quantité de certaines drogues (p. ex. héroïne, stimulants de type amphétamines), le châtement peut être la prison à vie. La peine de mort peut être imposée pour des infractions impliquant plus de 20 grammes de ces drogues.⁶

Bien que la Loi de 2002 crée un cadre juridique prévoyant une réorientation vers d'autres avenues que l'incarcération, pour certaines infractions liées à la drogue, des personnes sont encore arrêtées et accusées en vertu des autres lois, y compris pour

la consommation et la possession de drogues illégales. Ainsi, la politique à l'effet que les personnes qui font usage ou sont dépendantes de drogue devraient être « traitées comme des patients, et non comme des criminels », est contredite par des lois en vigueur qui continuent de criminaliser la simple consommation.

La politique à l'effet que les personnes qui font usage ou sont dépendantes de drogue devraient être « traitées comme des patients, et non comme des criminels », est contredite par des lois en vigueur qui continuent de criminaliser la simple consommation.

Plusieurs personnes qui font usage de drogue, en Thaïlande, sont incarcérées à un moment donné. De 1992 à 2000, le nombre de prisonniers pour possession et consommation simples (i.e. sans lien avec un trafic) a plus que doublé.⁷ Malgré la diversion vers le traitement forcé de la toxicomanie, la Thaïlande comptait plus de 100 000 personnes en prison pour des « affaires liées à la drogue » et plus d'un cinquième de ces cas concernaient la consommation de drogue (à l'opposé du trafic et d'autres infractions impliquant la drogue), d'après les chiffres de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) en 2004.⁸

Il est démontré depuis plus d'une décennie, en Thaïlande, que l'incarcération est un facteur de risque d'infection par le VIH, pour les personnes qui s'injectent des drogues.⁹ Des drogues illégales sont en circulation dans certains établissements correctionnels thaïlandais et certaines personnes incarcérées s'y injectent.¹⁰ Des recherches ont conclu à des taux de prévalence du VIH allant jusqu'à 40 % parmi les personnes qui ont déjà été incarcérées et qui font usage de drogue par injection.¹¹

Les personnes incarcérées sont exposées également à d'autres maladies infectieuses. La prévalence de la tuberculose en prison est beaucoup plus élevée que dans l'ensemble de la population.¹² Le taux élevé d'incarcération de jeunes utilisateurs de méthamphétamine en Thaïlande a été associé à divers comportements à risque d'infection par le VIH, y compris l'injection de drogue.¹³

Des recherches ont également permis de constater la présence de risques considérables de contracter le VIH en lien avec le partage de seringue dans les centres de détention en attente de procès.¹⁴ À la fin de 2008, le traitement de substitution d'opiacés pour les personnes dépendantes de drogues de cette classe n'était toujours pas disponible dans les prisons thaïlandaises, pas plus que les moyens de prévention de l'infection par le VIH; et les groupes communautaires d'éducation sur le VIH n'avaient pas encore accès aux populations carcérales.

Traitement forcé : procédures juridiques

Arrestation et comparution

Le mécanisme de diversion établi par la Loi de 2002 peut s'appliquer

aux personnes accusées de simple consommation de drogue, ou de consommation en sus d'une ou plusieurs des accusations suivantes : possession, possession en vue de trafic, ou trafic.¹⁵ Les quantités de drogue doivent être petites, afin qu'un accusé soit admissible à la diversion (p. ex., moins de 100 mg pour l'héroïne; moins de 500 mg de méthamphétamine [5 tablettes]).¹⁶

Après l'arrestation d'une personne pour ces motifs, un tribunal détermine si l'on procédera au « transfèrement du prévenu pour l'identification de la consommation de stupéfiants ou la dépendance », à un sous-comité d'évaluation.¹⁷ Dans les faits, la décision se joue sur un résultat positif à un test de détection de drogue dans l'urine. Lorsque le dossier est déféré à un sous-comité, les poursuites sont temporairement suspendues.¹⁸

Détention pour évaluation

L'accusé est alors placé en détention pour une évaluation de la dépendance à la drogue, qui relève de responsables du ministère de la Probation.¹⁹ L'évaluation consiste habituellement en un test d'urine et une vérification des antécédents criminels. L'agent de probation peut aussi interroger la personne, et fait fréquemment enquête sur la relation de la personne avec sa famille, le niveau d'éducation ainsi que l'emploi, des éléments qui peuvent impliquer des entrevues avec des membres de la famille ou des employeurs.

L'agent fera enquête également sur les antécédents médicaux de la personne ainsi qu'en matière de traitement de la toxicomanie. Si l'évaluation mène à conclure que la personne n'est pas admissible à la diversion vers un traitement forcé de la toxicomanie, le dossier est renvoyé

au Procureur public; en revanche, si la personne est admissible, le rapport de l'agent de probation recommande une forme de traitement.

D'après la Loi, cette évaluation devrait être réalisée dans une période de 15 jours qui peut être prolongée d'un sursis de 30 jours au besoin.²⁰ Cependant, il semble habituel plutôt qu'exceptionnel d'être détenu pendant 45 jours. D'après des personnes que l'auteur a interviewées, il arrive que la détention à cette étape dure plus de 45 jours.

En dépit de l'énoncé que la loi vise à éviter d'incarcérer des personnes, des prévenus sont en effet emprisonnés pendant une période prolongée.

Pendant cette période, la personne est en prison. Ainsi, en dépit de l'énoncé que la loi vise à éviter d'incarcérer des personnes, des prévenus sont en effet emprisonnés pendant une période prolongée. Bien qu'isolées des autres prisonniers, les personnes détenues pour l'évaluation de la toxicomanie sont assujetties aux mêmes piètres conditions de vie.²¹

Les sous-comités et les ordonnances de traitement

Les sous-comités rendent habituellement leurs décisions en très peu de temps — ce qui peut être une minute ou deux de délibérations. La plupart des décisions appliquent les recom-

mandations formulées dans le rapport de l'agent de probation.

Les sous-comités ordonneront un traitement forcé de la toxicomanie, dans le cadre d'un programme en résidence ou non.²² Les programmes en résidence sont communément qualifiés d'« intensifs » (haute sécurité) ou de « moins intensifs » (moindre sécurité).

D'après les responsables, une personne qui fait usage de drogue mais qui n'est pas toxicomane sera probablement assignée à un programme de traitement sans résidence. Une personne qui a une dépendance sera probablement assignée à un programme moins intensif en résidence. Une personne considérée sévèrement dépendante — p. ex., usage quotidien, antécédents de traitement forcé — sera probablement assignée à un programme intensif.

D'après des données du ministère de la Probation, à toute année pendant la période 2003-2008, entre 25 et 50 % des personnes soumises à un traitement forcé dans le cadre de ce système ont été assignées à des programmes en résidence.²³ Pendant cette même période, près de 84 % des personnes soumises à un traitement forcé étaient utilisatrices de méthamphétamines.²⁴

Les ordonnances peuvent imposer un traitement initial allant jusqu'à six mois; cependant, la loi confère au sous-comité le pouvoir de prolonger le traitement, par tranches de six mois, jusqu'à concurrence de trois ans. Si le sous-comité considère que le résultat du traitement est « satisfaisant », la personne est libérée sans autres procédures judiciaires. S'il détermine que le résultat du traitement n'est « pas satisfaisant », le Procureur public reprendra les poursuites pénales.²⁵

Les programmes de traitement en résidence

Le système est supervisé par le ministère de la Probation, mais le fonctionnement des centres de résidence à proprement parler relève des forces armées (de terre, mer et air), du ministère de la Santé publique, du ministère de l'Intérieur, de la police ainsi que de l'Administration métropolitaine de Bangkok.²⁶

Depuis que la loi a été promulguée, le nombre de centres de traitement forcé de la toxicomanie a connu une expansion rapide : de 35 en 2004, il a augmenté à 49 en 2005,²⁷ puis à 84 à la fin de 2008.²⁸ On prévoit que l'Armée en ouvre 14 autres en 2009.²⁹

Les centres opérés par l'armée de terre sont du type moins intensif alors que ceux de l'aviation sont intensifs. La marine s'occupe de centres des deux types. Les centres militaires ont chacun entre 100 et 400 patients, en général, mais ceux de l'armée de l'air en comptent entre 30 et 60. Les centres opérés par le ministère de l'Intérieur sont aussi de plus petite taille (entre 30 et 50 patients).

Sont inclus dans ces statistiques, un certain nombre de centres pour femmes et d'autres pour les jeunes. À la fin de 2008, il existait 11 centres pour femmes (trois intensifs; huit moins intensifs) et un centre pour jeunes. Ces centres ont la même approche générale que les autres, hormis certaines adaptations. Par exemple, un centre pour jeunes peut avoir des séances d'éducation générale, le matin. Un centre pour femmes peut avoir des exercices physiques moins vigoureux et des types différents de formation professionnelle.

Le Thanyarak Institute on Drug Abuse a la responsabilité de la formation du personnel de ces centres. Le

ministère de la Probation est mandaté de procéder à l'évaluation des centres à intervalles de trois ans. L'évaluation n'est pas obligatoire; elle est faite sur la demande de chaque centre, le cas échéant.

« Des patients et non des criminels »?

Malgré l'intention énoncée, les personnes placées dans ces centres de traitement forcé ne sont pas traitées comme des patients davantage que des criminels, et ce à plusieurs égards.

Désintoxication

La désintoxication est souvent la première étape de ces programmes de traitement. D'après l'ONU DC, « le but premier des programmes de désintoxication est le sevrage, de manière qui soit aussi sûre et confortable que possible. » [trad.]³⁰ L'ONU DC signale que

les utilisateurs qui ont une dépendance aux psychostimulants, en particulier aux amphétamines et à la cocaïne, peuvent aussi avoir besoin d'une supervision médicale pendant la phase aiguë du sevrage, qui suit la cessation de la consommation. Bien qu'il puisse ne pas y avoir d'effets physiques directement dus au sevrage (ni d'administration d'antagoniste pour réduire le malaise), l'individu peut être aux prises avec de sérieux problèmes psychologiques (y compris la psychose induite) et des troubles du sommeil, que l'on peut gérer à l'aide de médicaments appropriés. [trad.]³¹

La dépendance à la méthamphétamine est la plus répandue, parmi les personnes placées dans les centres thaïlandais de traitement forcé de la toxicomanie. Les symptômes de sevrage sont généralement plus pro-

noncés chez les personnes qui sont plus âgées, plus dépendantes, ou utilisatrices de cette drogue depuis plus longtemps.³²

Cependant, le processus actuel du système thaïlandais de traitement forcé de la toxicomanie entraîne que la plupart des personnes qui sont arrêtées pour la drogue et qui ont une dépendance traverseront la période de désintoxication alors qu'elles sont gardées en prison pour l'évaluation de leur cas, plutôt qu'en milieu médical.

Les personnes qui entrent en centre résidentiel de traitement n'ont pas le choix de leur traitement et ne sont pas consultées quant au plan de leur traitement.

Les prisons de la Thaïlande sont piètrement outillées et organisées, en ce qui concerne la supervision du processus de désintoxication et la gestion des symptômes complexes du sevrage. La supervision médicale et la provision de médicaments sont minimales, voire inexistantes, pour les personnes dépendantes de drogue qui sont en détention pour évaluation. Aucune des personnes interviewées pour la recherche présentée ici n'avait reçu de médicament pour l'aider à gérer les symptômes de sevrage en prison.

Le traitement de substitution des opiacés (entretien ou à dose gra-

duellement réduite) pour les personnes dépendantes de telles drogues n'existe pas, dans les prisons de la Thaïlande.³³ La nutrition adéquate, le repos et l'exercice, des éléments importants pendant le sevrage de la dépendance à la méthamphétamine,³⁴ n'y sont pas accessibles non plus. Aucune intervention psychosociale (comme le counselling) n'était disponible pour les personnes qui ont été envoyées en désintoxication en prison et qui ont été interviewées pour la présente recherche. L'attention aux troubles de santé mentale qui sont fréquents parmi les personnes utilisatrices de drogue est minime, voire nulle.

Le traitement de la toxicomanie

Après la période de détention pour évaluation, les programmes de traitement en résidence impliquent quatre mois dans un centre de traitement puis un programme de « réinsertion » d'une durée de deux mois hors du centre.

Le traitement donné dans les centres est une forme modifiée de « communauté thérapeutique », impliquant un environnement résidentiel fortement structuré, avec psychothérapie de groupe et activités concrètes.³⁵

Pour le traitement en résidence, les centres de l'armée terrestre, de la marine et du ministère de la Probation, de même que ceux du ministère de la Santé publique, ont recours au modèle de traitement de la toxicomanie désigné par l'acronyme F.A.S.T., une variante de l'approche de communauté thérapeutique développée par le Thanyarak Institute on Drug Abuse.

F.A.S.T. désigne : Famille (p. ex., visites familiales, activités pour les membres de la famille); activités Alternatives (p. ex., activités en groupe, comme la musique ou le

jardinage); Self-help [auto-assistance] (p. ex., exercice physique); et travail de communauté Thérapeutique (p. ex., travail de groupe, évaluation collective).

Dans les centres de traitement intensif, l'armée de l'air applique une approche semblable (appelée *jirasa*), mais avec une emphase plus marquée sur la discipline et les activités (comme l'entraînement militaire) assortie d'un point de mire sur la morale et la pratique bouddhiques.

Voici en quoi peut consister généralement un séjour de quatre mois dans un centre :

- une « période initiale », le premier mois, où l'on met l'accent sur le développement de la motivation à cesser l'usage de drogue et à éviter la rechute;
- une « période de traitement », les deuxième et troisième mois, misant sur le travail de groupe, la thérapie par le travail (p. ex., cuisiner, faire le ménage au centre) et la formation professionnelle (p. ex., travail agricole, mécanique et travail du bois pour les hommes; coiffure, fabrication de fleurs artificielles ou travail de la soie pour les femmes); et
- une période de préparation à la « réinsertion », le quatrième mois, afin de préparer le retour à la collectivité, et comportant des activités hors du centre (p. ex., des voyages de groupe, des travaux communautaires comme le nettoyage de la rue).³⁶

Il se peut que la situation des patients soit évaluée par le personnel des centres, à deux reprises pendant la période de quatre mois (habituellement après 90 jours, puis après 120 jours au centre). On évalue

leur coopération avec le système, le développement de leurs aptitudes d'auto-assistance et leur bien-être psychologique. Il peut arriver que l'on procède à l'analyse d'urine, dans les centres.

Les personnes interviewées dans le cadre de cette recherche ont déclaré que leur séjour dans un centre de traitement avait été généralement meilleur que leur expérience en prison à attendre l'évaluation initiale, puisque les centres ont des activités prévues et fournissent de meilleurs repas. D'autres répondants ont été plus critiques à l'égard du traitement dans les centres et ont expliqué que le séjour était ennuyant et le traitement inefficace.

Les personnes qui entrent en centre résidentiel de traitement n'ont pas le choix de leur traitement et ne sont pas consultées quant au plan de leur traitement, bien que ces deux éléments sont requis par l'éthique et qu'ils améliorent l'issue des traitements, d'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'ONUDD.³⁷

Discipline

Les centres de traitement appliquent une approche standardisée, bien que les règles puissent varier d'un centre à l'autre. Les règles sont expliquées aux patients à leur arrivée au camp, et sont affichées à divers endroits du centre. Elles incluent généralement ces points :

- Pas de possession ni de consommation de drogue
- Pas de fugue
- Pas d'entêtement
- Pas de vol
- Pas de querelle
- Pas de relations sexuelles
- Pas d'effets personnels

En vertu de la loi, le directeur a le pouvoir de punir une personne qui ne respecte pas les règles d'un centre de traitement : en imposant une probation; en suspendant le droit de visite ou de communication pour une période maximale de trois mois; ou en imposant l'isolement pour une période maximale de 15 jours à la fois.³⁸

Certains des répondants qui ont été détenus dans des centres ont fait état de cas de punitions cruelles, inhumaines ou dégradantes, comme la bastonnade et l'obligation de se rouler au sol dans le gravier.

Certains des répondants qui ont été détenus dans des centres ont fait état de cas de punitions cruelles, inhumaines ou dégradantes, comme la bastonnade et l'obligation de se rouler au sol dans le gravier.³⁹ Ces formes de châtements ne sont pas autorisées par la loi.⁴⁰

Suivi

Bien que cela ne soit pas requis par la Loi, le ministère de la Probation tente de faire un suivi un an après complétion du traitement. Cela peut impliquer un rendez-vous pour une rencontre avec un agent du ministère ou un employé du Thanyarak Institute. Cela peut inclure une visite

à domicile, si le personnel est en nombre suffisant. Dans l'alternative, ce peut être un suivi indirect, comme un appel téléphonique ou l'envoi d'un questionnaire par la poste.

Certains répondants qui sont passés par ce système de traitement forcé ont déclaré avoir satisfait à l'exigence des visites de suivi. Cependant, d'après les responsables ainsi que d'autres répondants, le suivi n'est pas possible pour un grand nombre. Puisque l'usage de drogue est illégal en Thaïlande, il n'est pas étonnant que certaines personnes évitent le suivi puisque cela pourrait révéler aux autorités une reprise de l'usage de drogue.

Évaluer l'efficacité du traitement

La loi ne requiert pas que l'on procède à l'évaluation de l'efficacité des programmes de traitement forcé. Des responsables et des personnes qui ont été soumises à de tels programmes ont dit, fréquemment, que 70 % des personnes qui subissent le traitement n'auront pas de rechute, ce qui sous-entend que 30 % recommenceront l'usage de drogue. Dans une publication du ministère de la Probation, on affirme qu'entre 2003 et 2008, dans l'ensemble des personnes traitées de force, le résultat était satisfaisant avec 75 % de cas de réussite, insatisfaisant dans 15 % des cas, et « autre » dans 10 % des cas.⁴¹

L'évaluation de l'efficacité de programmes de traitement de la toxicomanie est une tâche ardue en soi. Elle est en outre compliquée par le fait qu'un nombre considérable de patients ne se présentent pas au rendez-vous de suivi. Ainsi, l'affirmation qu'environ 70 % des patients n'auront pas de rechute n'est pas fiable.

L'approche pour évaluer le « succès » du traitement est biaisée : elle inclut les personnes qui retournent volontairement pour un rendez-vous, mais passe outre aux nombreuses autres qui n'y vont pas, y compris par crainte des conséquences de l'aveu d'une reprise de leur usage de drogue.⁴² Certains représentants se sont dit frustrés de ne pas être capables d'évaluer l'efficacité du traitement à l'aide de données plus fiables.

Il est clair qu'il n'y a pas eu de recherche sur l'efficacité comparative des diverses formes de traitement fournies par les divers centres résidentiels. De solides recherches, hors de la Thaïlande, démontrent une forte association entre des périodes de traitement en communauté thérapeutique et une réduction ultérieure de l'usage de drogue.⁴³ Toutefois, des caractéristiques importantes du système thaïlandais — notamment sa nature obligatoire, ou l'implication de diverses instances dont certaines ont une connotation militaire ou d'application de la loi — portent à se demander si une telle conclusion est applicable au système thaïlandais.

Les formes de traitement obligatoire ne sont pas toutes efficaces. Certaines recherches, hors de la Thaïlande, démontrent que des éléments de motivation extérieure (comme le fait d'être contraint par la loi, à suivre un traitement) peut accroître la motivation intérieure, ou interagir avec celle-ci et conduire à un meilleur résultat.⁴⁴ D'autres recherches concluent à l'opposé qu'un manque de motivation intérieure du client, à suivre le traitement, peut nuire à l'atteinte de résultats positifs.⁴⁵

La Thaïlande n'est pas le seul pays qui ne fonde pas son système sur des données rigoureuses. Des recherches

ont mis en relief que, dans plusieurs cas, on ne procède pas à une évaluation adéquate de l'efficacité du traitement forcé pour la toxicomanie.⁴⁶ En particulier pour ce qui concerne le traitement de la dépendance à la méthamphétamine, des recherches ont démontré que le traitement forcé est associé à un taux plus élevé de rechute que le traitement entrepris volontairement.⁴⁷

Les réponses en entrevue ont révélé l'existence d'une grande diversité de points de vue quant à la qualité du traitement. Certaines personnes sont demeurées abstinentes après le traitement forcé. Certains répondants ont exprimé de l'appréciation pour le traitement qu'ils avaient reçu dans un de ces centres, mais ont signalé ne pas avoir continué l'abstinence après leur remise en liberté. D'autres se sont montrés plus critiques quant à l'efficacité du système de traitement forcé et ont affirmé qu'il appartient à l'individu de décider d'abandonner la drogue ou pas.

Recommandations

Afin de mieux parvenir à l'intention exprimée dans la loi, notamment que les personnes qui ont une dépendance à la drogue soient traitées comme des patients et non comme des criminels, des actions sont nécessaires afin de :

- réduire autant que possible le recours à la détention pré-procès, y compris en prison;
- développer et mettre en application des normes minimales de soins pour le traitement de la dépendance à la drogue;
- mettre en place des mécanismes qui permettent aux patients de commenter et de contribuer aux programmes et mesures afin de contrer tout abus; et

- évaluer adéquatement l'efficacité du traitement forcé de la toxicomanie, tout en étendant l'accessibilité des services de traitement volontaire.

— Richard Pearshouse

Richard Pearshouse (rpearshouse@hrw.org), ancien directeur des politiques et de la recherche du Réseau juridique canadien VIH/sida, est l'auteur du rapport de recherche sur lequel le présent article est basé.

¹ R. Pearshouse, *Compulsory Drug Treatment in Thailand: Observations on the Narcotic Addict Rehabilitation Act B.E. 2545 (2002)*, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2009. Accessible via www.aidslaw.ca/drugpolicy.

² Department of Probation, *Department of Probation*, 2005, p. 20 [original en anglais].

³ Discours programme de H.E. M. Phongthep Thepkanjana, ministre de la Justice de la Thaïlande, 26 juin 2004, Centre de conférence de l'ONU, Bangkok.

⁴ Des extraits de ces entrevues sont inclus dans le rapport complet du Réseau juridique.

⁵ Au sens strict, *ya ba* signifie « drogue folle », en référence à certains cas où un utilisateur de méthamphétamine peut avoir un comportement « fou », possiblement dû à une psychose causée par la drogue; en revanche, *ya ma* signifie au sens strict « drogue de cheval », en référence à ses effets sur le niveau d'énergie. Cette seconde expression est souvent préférée par les personnes qui consomment cette drogue, et qui la trouvent moins stigmatisante.

⁶ *Narcotics Act B.E. 2522 (1979)*, art. 66(3).

⁷ C. Beyrer et coll., « Drug use, increasing incarceration rates, and prison-associated HIV risks in Thailand », *AIDS Behaviour* 7 (2003) : 153–161.

⁸ UNODC, *Drugs and HIV/AIDS in South East Asia: A Review of Critical Geographic Areas of HIV/AIDS Infection Among Injecting Drug Users and of National Programme Responses in Cambodia, China, Lao PDR, Myanmar, Thailand and Viet Nam*, 2004, p. 42.

⁹ K. Choopanya et coll., « Incarceration and risk for HIV infection among injection drug users in Bangkok », *Journal of AIDS* 29(1) (2002) : 86–94.

¹⁰ *Ibid.*

¹¹ C. Beyrer et coll., H. Thaisri et coll., « HIV infection and risk factors among Bangkok prisoners », *BMC Infectious Diseases* 3 (2003) : 25.

¹² Voir, p. ex., S. Nateniyom, « Implementation of the DOTS strategy in prisons at provincial level, Thailand »,

International Journal of Tuberculosis and Lung Disease 8(7) (2004) : 848–854.

¹³ N. Thomson et coll., « Correlates of incarceration among young methamphetamine users in Chiang Mai, Thailand », *American Journal of Public Health*, 2008 (sous presse).

¹⁴ Voir, p. ex., A. Buavirat et coll., « Risk of prevalent HIV infection associated with incarceration among injecting drug users in Bangkok, Thailand: case-control study », *British Medical Journal* 326 (2003) : 308–326; K. Choopanya et coll.

¹⁵ *Narcotic Addict Rehabilitation Act, B.E. 2545 (2002)* (ci-après, « 2002 Act »), art. 19.

¹⁶ Pour plus d'information, voir le rapport complet du Réseau juridique.

¹⁷ 2002 Act, art. 19.

¹⁸ *Ibid.*

¹⁹ Department of Probation, *Department of Probation & The Compulsory Drug Rehabilitation System in Thailand*, sans date [original en anglais], en filière auprès de l'auteur. Les agents de probation qui procèdent à l'évaluation (sur laquelle les décisions en matière de traitement sont basées) n'ont pas une formation médicale; il n'est pas clair, non plus, qu'ils appliquent des outils établis pour l'évaluation de la sévérité de la dépendance (comme l'*Addiction Severity Index* [Indice de gravité d'une toxicomanie]). Il existe donc un risque que le processus de décision d'imposer un traitement à une personne, pour une période donnée, ne soit pas conditionné par des critères d'ordre clinique.

²⁰ 2002 Act, art. 21.

²¹ Il est à noter qu'en vertu de l'art. 10(1) du Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP), « [t]oute personne privée de sa liberté est traitée avec humanité et avec le respect de la dignité inhérente à la personne humaine ».

²² 2002 Act, art. 23.

²³ Department of Probation, *Department of Probation & the Compulsory Drug Treatment System in Thailand*.

²⁴ *Ibid.*

²⁵ 2002 Act, art. 33.

²⁶ Department of Probation, *Department of Probation & the Compulsory Drug Treatment System in Thailand*.

²⁷ UNODC, *HIV/AIDS and Custodial Settings in South East Asia: An Exploratory Review into the Issue of HIV/AIDS in Custodial Settings in Cambodia, China, Lao PDR, Myanmar, Thailand and Vietnam*, 2006, p. 46.

²⁸ Communication personnelle de l'auteur avec le ministre de la Probation, décembre 2008.

²⁹ *Ibid.*

³⁰ UNODC, *Drug Abuse Treatment and Rehabilitation: A Practical Planning and Implementation Guide*, 2003, p. IV.2. Accessible à www.unodc.org/pdf/report_2003-07-17_1.pdf.

³¹ UNODC, *Drug Abuse Treatment and Rehabilitation*, p. IV.2–IV.3.

³² C. McGregor et coll., « The nature, time course and severity of methamphetamine withdrawal », *Addiction* 100(9) (2005) : 1320–1329.

³³ Le sevrage forcé et abrupt d'une dépendance à un opiacé peut causer une souffrance mentale et physique profonde et peut être considéré comme une violation

des obligations de droits humains en matière de protection des détenus contre les traitements inhumains et dégradants : R. Bruce et R. Schleifer, « Ethical and human rights imperatives to ensure medication-assisted treatment for opioid dependence in prisons and pre-trial detention », *International Journal of Drug Policy*, 19 (2008) : 17–23.

³⁴ J. Obert et coll., *A Physician's Guide to Methamphetamine: Developed from Matrix Institute & UCLA Integrated Substance Abuse Programmes*, 2005.

³⁵ [U.S.] National Institute on Drug Abuse, *Research Report Series: Therapeutic Community*, 2002, p. 1. Le traitement de substitution d'opiacés n'est pas disponible aux patients dépendants d'opiacés, dans les centres des traitements forcés; cependant, une nouvelle politique du gouvernement thaïlandais prévoit que ce traitement sera disponible dans la communauté en vertu du régime universel des soins de santé. Ainsi, bien que la Loi vise à traiter les opiomanes comme des patients plutôt que des criminels, on leur refuse dans les faits une forme de traitement qui est disponible hors des centres.

³⁶ Cette période ne devrait pas être confondue avec la « période de réinsertion », qui n'a pas lieu en résidence et qui est d'une durée additionnelle de deux mois après complétion du traitement en résidence.

³⁷ UNODC, OMS, *Principles of Drug Dependence Treatment: Discussion Paper*, p. 5, 9. Voir aussi [U.S.] National Institute of Drug Abuse, *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide*, 1999. Accessible via www.nida.nih.gov/PODAT/PODATIndex.html.

³⁸ 2002 Act, art. 32.

³⁹ Des normes onusiennes stipulent que « [l]es peines

corporelles ... ainsi que toute sanction cruelle, inhumaine ou dégradante doivent être complètement défendues comme sanctions disciplinaires » : *Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus*, 1955, U.N. Doc. E/5988 (1977), par. 31. Il est à noter qu'en vertu de l'art. 7 du PIRDCP, « [n]ul ne sera soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants ». Il s'agit d'un droit absolu et auquel on ne peut déroger. L'OMS et l'ONUDC signalent que « le traitement de la dépendance à une drogue ne devrait jamais inclure de pratiques ou de punitions inhumaines et dégradantes » [trad.] : UNODC/OMS, *Principles of Drug Dependence Treatment: Discussion Paper*, 2008, p. 9.

⁴⁰ Le châtement doit toujours être déterminé « soit par la loi, soit par un règlement de l'autorité administrative compétente » et « [a]ucun détenu ne peut être puni que conformément aux dispositions d'une telle loi ou d'un tel règlement ... » : *Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus*, par. 29–30.

⁴¹ Ministère de la Probation, *Department of Probation & The Compulsory Drug Rehabilitation System in Thailand*.

⁴² Des écueils méthodologiques semblables sont présents dans d'autres évaluations de la dépendance à la drogue, en Thaïlande. Par exemple, voir V. Verachai et coll., « The results of drug dependence treatment by therapeutic community in Thanyarak Institute on Drug Abuse », *Journal of the Medical Association of Thailand (Chotmaihet thangphaet)* 86(5) (2003) : 407–414 [original en anglais]. L'étude signale que « après avoir complété le programme, les clients ont été en suivi pendant jusqu'à cinq ans. 203 cas (73 %) étaient abstinents de drogue » [trad.]. Toutefois, les données sont fondées sur les 278 cas qui ont complété le programme de traitement de la toxicomanie en communauté thérapeutique entre 1986 et 2000, plutôt que sur

les 2 881 cas admis à ce traitement pendant cette période.

⁴³ Voir, p. ex., S. Wilson, « The effect of treatment in a therapeutic community on intravenous drug use », *Addiction* 73(4) (2006) : 407–411 ; J.-R. Fernández-Hermida et coll., « Effectiveness of a therapeutic community treatment in Spain: a long-term follow-up study », *European Addiction Research* 8(1) (2002) : 22–29.

⁴⁴ Voir, p. ex., G. De Leon et coll., « Circumstances, motivation, readiness and suitability (the CMRS scales): predicting retention in therapeutic community treatment », *American Journal of Drug Abuse*, 20(4) (1993) : 495–515 ; G. Joe et coll., « Retention and patient engagement models for different treatment modalities in DATOS », *Drug & Alcohol Dependence* 57 (1999) : 113–125. Il est à noter que la question de savoir si un traitement non volontaire respecte en soi les normes et exigences des droits humains est une question différente de celle de l'efficacité.

⁴⁵ T. Wild et coll., « Perceived coercion among clients entering substance abuse treatment: structural and psychological determinants », *Addictive Behaviours* 23(1) (1998) : 81–95 ; J. Platt et coll., « The prospects and limitations of compulsory treatment of drug addiction », *Journal of Drug Issues* 18(4) (1988) : 505–525 ; A. Stevens et coll., « Quasi-compulsory treatment of drug dependent offenders: an international literature review », *Substance Use and Misuse* 40 (2005) : 269–283.

⁴⁶ T. Wild et coll., « Compulsory substance abuse treatment: an overview of recent findings and issues », *European Addiction Research* 8 (2002) : 84–93.

⁴⁷ M.-L. Brecht et coll., « Coerced treatment for methamphetamine abuse: differential patient characteristics and outcomes », *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 31 (2005) : 337–356.

DÉVELOPPEMENTS AU CANADA

On trouve sous cette rubrique de brefs comptes-rendus de développements dans la législation, les politiques et la défense des droits en lien avec le VIH/sida au Canada. (Les affaires canadiennes confiées à des cours ou à des tribunaux des droits de la personne sont sous la rubrique *Le VIH devant les tribunaux — Canada*.) Les nouvelles rapportées ici sont tirées d'information portée à notre connaissance par des correspondants au Canada ou notée lors de survols des médias. Les lecteurs sont invités à signaler des sujets et développements à Alison Symington, rédactrice en chef de cette rubrique, à asymington@aidslaw.ca. Les articles du présent numéro ont été rédigés par David Garmaise.

C.-B. — Les médecins-hygiénistes demandent d'autres lieux supervisés pour l'injection

Le Health Officers' Council of British Columbia [Conseil des responsables de la santé de la Colombie-Britannique], formé des médecins-hygiénistes de la Colombie-Britannique (C.-B.), vient d'adopter une résolution invitant toutes les autorités de santé de la province à établir des lieux supervisés pour l'injection (LSI), là où cela est nécessaire.¹

Les médecins-hygiénistes affirment avoir adopté cette résolution pour énoncer clairement leur position à l'égard de l'appel du gouvernement fédéral dans la récente affaire impli-

quant l'Insite (le LSI du Downtown Eastside de Vancouver); et pour répondre aux taux croissants d'injection de drogue et d'infections, dans certaines communautés — en particu-

lier dans le nord de la C.-B.

Le gouvernement fédéral a fait appel de la décision rendue en mai 2008 par la Cour suprême de la C.-B. à l'effet que l'Insite est exempté de la

loi fédérale sur les drogues puisque le fait de refuser à des utilisateurs de drogue l'accès aux services de santé fournis par l'établissement constituerait une violation de la Charte canadienne des droits et libertés.²

Entre-temps, le ministre de la Santé de la C.-B., George Abbott, a annoncé que la province interviendra dans l'affaire. Il a déclaré au *Globe and Mail* :

Notre gouvernement apprécie le rôle du Health Officers' Council of British Columbia dans la promotion de services de santé préventifs. Nous croyons que l'Insite est un important élément du continuum des soins et nous espérons une réponse positive des tribunaux, afin de pouvoir envisager l'usage élargi de ce service dans le système de soins de santé de la C.-B.³

L'appel du fédéral sera entendu en avril 2009.

Forum sur l'à-propos d'un LSI à Ottawa

Partisans et opposants d'un LSI à Ottawa ont exprimé leurs points de

vue respectifs lors d'une tribune ouverte organisée par la Coalition sida d'Ottawa, le 12 février 2009.⁴

Un agent de police a été hué en exprimant l'opposition de son corps professionnel à l'introduction d'un LSI. Le sergent d'état-major Uday Jaswal a affirmé : « Un lieu sécuritaire pour l'injection représente un conflit pour nous; il pose des dilemmes éthiques qui seraient difficiles à résoudre. »

Mme Lynne Leonard, chercheuse à l'Université d'Ottawa, a signalé qu'un éventuel LSI pourrait atténuer l'important problème de seringues qui sévit à Ottawa. « Si nous en construisons un, [les utilisateurs de drogue] y viendront certainement ».⁵

Il y aurait entre 3 000 et 5 000 toxicomanes, à Ottawa. En 2007, une enquête auprès de 405 utilisateurs de drogue a révélé des taux d'infection alarmants : 10 % étaient séropositifs au VIH et 61 % au virus de l'hépatite C.⁶

Lors d'autres études à Ottawa, 43 % des utilisateurs de drogue interviewés ont déclaré avoir fait au moins une surdose (et en moyenne quatre).⁷

Il existe 70 LSI dans le monde, soit dans six pays d'Europe, à Vancouver et en Australie. Ces établissements fournissent du matériel d'injection stérile dans un contexte clinique; on y trouve des cubicules individuels dotés de miroirs sans tain, derrière lesquels des infirmières peuvent observer les pratiques d'injection des clients. On y offre aussi des soins de santé, du counselling, de l'éducation et des références.⁸

¹ « Medical officers seek more injection sites », *The Globe and Mail* (en-ligne), 18 février 2009.

² Voir S. Chu, « Le lieu d'injection supervisée de Vancouver obtient une exemption constitutionnelle d'application de la loi fédérale sur les drogues », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 13(2/3) (2008) : 30-32.

³ « Medical officers seek... ».

⁴ B. Johnston, « Cops spike safe injection site; Ottawa policy under fire for drug stance at policy form », *The Ottawa Sun*, 13 février 2009, p. 5.

⁵ *Ibid.*

⁶ K. Egan, « Adding up damage done by drugs; but is Ottawa ready for safe injection site », *The Ottawa Citizen*, 13 février 2009, p. F1.

⁷ *Ibid.*

⁸ B. Johnston.

Plainte contre le Collège des médecins de l'Ontario pour les droits de la personne en lien avec la méthadone

Un médecin de Toronto s'attaque à la pratique du Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario de collecter les renseignements médicaux personnels de patients qui reçoivent de la méthadone sur ordonnance, alors que les autres patients ne sont pas tenus de fournir de tels renseignements. Il y voit une pratique à deux poids, deux mesures, un acte discriminatoire et une violation des libertés civiles.¹

Le Dr Philip Berger, chef de la médecine familiale et communautaire à l'Hôpital St. Michael's, et éminent médecin de Toronto, a déposé des plaintes auprès du Tribunal des droits de la personne de l'Ontario et du

Bureau du commissaire à l'information et à la protection de la vie privée de l'Ontario. Il a aussi demandé à Mme Barbara Hall, commissaire en chef de la Commission ontarienne des droits de la personne, d'ordonner au Collège de mettre fin à cette collecte d'information qu'il qualifie d'intrusive.

« Le Collège est censé régir les médecins, et non les patients », a affirmé le D^r Berger. Selon lui, les médecins qui refusent d'ouvrir les dossiers de leurs patients à des vérifications peuvent se voir retirer leur permis de prescrire de la méthadone.²

M. Wade Hillier, directeur du programme du Collège sur la méthadone, a expliqué que ces exigences servent à réduire les risques de surdose et à prévenir le recours à plusieurs médecins pour obtenir des ordonnances multiples.

M. Hillier a indiqué que le pouvoir du Collège de collecter et de conserver des renseignements médicaux personnels est issue d'une entente avec le gouvernement provincial, qui le man-

datait en 1996 de diriger un programme d'entretien à la méthadone. Les dossiers médicaux ne sont examinés que pour s'assurer que les médecins respectent les lignes directrices; et les noms des patients sont retirés de tout rapport adressé au Collège.³

Dans sa lettre à Mme Hall, le D^r Berger affirme que sa « préoccupation fondamentale » à l'égard du programme de méthadone du Collège est qu'il « vise, par une attention spéciale et des mesures de contrôle, des patients dépendants d'opioïdes et traités à la méthadone ».⁴

Dans sa lettre à Mme Ann Cavoukian, commissaire à l'information et à la protection de la vie privée, le D^r Berger signale qu'en vertu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, le Collège n'a aucune autorité légale de collecter et d'utiliser des renseignements médicaux personnels, et que cette pratique enfreint les protections légales établies par la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*.⁵

Il est estimé que 20 000 patients reçoivent de la méthadone sur ordonnance, en Ontario.⁶

Les lignes directrices du Collège sur la méthadone exigent que les patients passent un test d'urine hebdomadaire, en présence d'un intervenant clinique ou d'une caméra de sécurité. Le D^r Berger est d'avis qu'en laissant aux médecins la responsabilité de décider si un test est requis, l'on pourrait économiser des millions de dollars tout en préservant la dignité des patients.⁷

¹ T. Tyler, « Addicts protest 'double standards': methadone users say physicians' regulator requires personal data other patients don't have to provide », *Toronto Star*, 14 février 2009, p. A08.

² *Ibid.*

³ *Ibid.*

⁴ Lettre du D^r Philip Berger à Mme Barbara Hall, 16 octobre 2008, en filière auprès du Réseau juridique.

⁵ Lettre du D^r Philip Berger à Mme Ann Cavoukian, 16 octobre 2008, en filière auprès du Réseau juridique.

⁶ *Ibid.*

⁷ T. Tyler.

Nouvel octroi à Vancouver, mais incertitude financière en vue pour l'ensemble des tribunaux de la toxicomanie

Le gouvernement fédéral versera une somme additionnelle de 200 000 \$ au projet pilote de tribunal de traitement de la toxicomanie de Vancouver.¹ Ce tribunal se veut une avenue de rechange aux cours pénales, pour les individus qui commettent des infractions liées à la toxicomanie. Les contrevenants qui plaident coupable et qui promettent de cesser leur consommation de drogue sont admissibles au tribunal de traitement de la toxicomanie.

Les fonds additionnels iront au maintien du salaire d'un employé chargé d'aider les personnes qui comparaissent devant le tribunal de la toxicomanie à se trouver un logement subventionné; et à compléter le paiement du loyer des prestataires d'aide sociale.

Des tribunaux de la toxicomanie sont financés par le fédéral dans six villes canadiennes : Vancouver, Edmonton, Regina, Winnipeg, Toronto et Ottawa. Leur objectif est de réduire les délits associés à la dépendance à la drogue, à l'aide de traitements, tests antidrogue et services de soutien.

Entre-temps, les autorités de deux autres villes font pression pour obtenir des tribunaux de la toxicomanie. M. Frank Beazley, chef de la police de Halifax, en Nouvelle-Écosse, estime que sa ville a besoin d'un tel tribunal parce que « bon nombre de crimes à Halifax sont commis par des toxicomanes ».²

À Hamilton, Ontario, le conseil de police a aussi demandé au ministre fédéral de la Justice, Rob Nicholson, de lui accorder un tribunal de la toxicomanie.

Le gouvernement fédéral consacre 3,4 millions \$ par année aux six tribunaux existants. Le financement du

programme arrive à échéance en mars 2010. Au cours de l'été, le ministère de la Justice devrait compléter un examen à l'issue duquel il pourrait recommander que le programme soit maintenu, voire étendu à d'autres municipalités.

Le programme a des partisans de même que de opposants. Ses défenseurs le qualifient d'« un des meilleurs programmes du système judiciaire », offrant un moyen novateur de transformer des « criminels toxicomanes » en « citoyens sains et responsables ».³

M. John Gibbons, agent de police à Ottawa, croit que le programme en vaut la peine si ce n'est que pour les 20 à 30 % de participants qui le complètent : « En sortant quelqu'un de la rue, en lui trouvant un logement, on en fait un contribuable pour la société — ce qui engendre des économies considérables. »⁴

Toutefois, selon le Dr Thomas Kerr, du B.C. Centre for Excellence

in HIV/AIDS, les tribunaux de la toxicomanie sont plus populaires qu'efficaces. À son avis, la toxicomanie est un problème médical, et non judiciaire — alors que les tribunaux de la toxicomanie « ne font que prolonger l'exposition [des utilisateurs de drogue] au système pénal ».⁵

La *Revue* a récemment publié un dossier sur les tribunaux de traitement de la toxicomanie. Voir D. Werb et coll., « Les tribunaux de traitement de la toxicomanie au Canada — Examen basé sur les données », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 12(2/3) (2007) : 13–19. Accessible via www.aidslaw.ca/revue.

¹ L. Culbert, « Feds pump more money into drug court », *The Vancouver Sun*, 18 novembre 2008.

² « Halifax police chief proposes drug court », *The (Halifax) Chronicle Herald*, 19 février 2009.

³ « Drug treatment courts' future up in the air », *CBC News* (online), 10 mars 2009.

⁴ *Ibid.*

⁵ *Ibid.*

Un sondage indique la nécessité de combattre le stigmata, d'améliorer l'éducation et de trouver de nouveaux traitements

Vingt-cinq ans après le début de l'épidémie, une vaste majorité des Canadiens vivant avec le VIH/sida se sentent encore stigmatisés et estiment que des améliorations sont requises à l'éducation et aux traitements. Tels sont les principaux constats du sondage VIH+25 publié le 24 novembre 2008.¹

Complété par 381 personnes vivant avec le VIH, le sondage en-ligne portait sur l'impact de la maladie sur leurs vies et examinait leur degré de connaissance et leur satisfaction à

l'égard des soins de santé et des traitements actuels.

Le sondage a été mené par P/S/L Research Canada en collaboration avec la Société canadienne du sida

(SCS), le Réseau canadien autochtone du sida (RCAS), l'AIDS Committee of Toronto (ACT), la Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-

Sida) et Sida bénévoles Montréal (ACCM). Il a été financé par Merck Frosst Canada.

Plus de huit répondants sur 10 ont déclaré rencontrer du stigmata lié au VIH. Un peu plus de la moitié d'entre eux considéraient que le stigmata affecte leur capacité de trouver un emploi. De plus, 44 p. cent ont déclaré que leurs collègues de travail ne savent pas qu'ils sont séropositifs; 55 p. cent se sont dit déprimés; et 45 p. cent ont affirmé se sentir isolés en raison de la maladie.

David, qui vit avec le VIH, a dit : « J'hésite toujours à dévoiler ma séropositivité à quelqu'un, car je sais que la réaction est souvent négative... Ça affecte pratiquement tous les aspects de ma vie ».

« Ces résultats démontrent la nécessité d'une éducation rehaussée et continue afin d'éradiquer le stigmata lié au VIH », a signalé Stephen Alexander, conseiller aux programmes pour la Société canadienne du sida.

Le sondage a révélé que les personnes vivant avec le VIH ont besoin d'être mieux renseignées au sujet des traitements. Plus de la moitié des répondants ont dit posséder peu, très peu ou pas du tout de connaissances à propos des traitements disponibles. Un sur trois a déclaré ne pas être entièrement informé des complexités de la maladie.

Le sondage a démontré que moins les personnes vivant avec le VIH connaissent leur maladie et ses traitements, moins elles sont susceptibles de respecter leur régime de traitement. Cela peut avoir un impact négatif sur le résultat des traitements.

Bien que la moitié des répondants aient exprimé la volonté de s'impliquer davantage dans les décisions relatives à leur traitement, la majorité d'entre eux ne connaissaient pas les plus récentes classes de médicaments antirétroviraux. Or ils sont clairement préoccupés par la possibilité que le VIH devienne résistant aux traitements actuels. Plus de 9 répondants

sur dix ont dit souhaiter que soit développé un traitement qui attaquerait le virus de manières novatrices pour contrer la résistance aux médicaments.

Les répondants sont aussi préoccupés par les effets secondaires. Plus des deux tiers ont cité la fatigue; et les troubles du sommeil et la diarrhée ont été mentionnés par environ la moitié des répondants. Ces résultats mettent en relief l'importance de la recherche de nouveaux traitements.

Les résultats du sondage sont considérés exacts dans une marge d'erreur de cinq points de pourcentage, 19 fois sur 20. Les chercheurs ont signalé le besoin d'autres études sur les besoins des divers sous-groupes de répondants.

¹ HKDP Communications et affaires publiques, « Le sondage VIH + 25 jette un regard sur la situation canadienne du VIH 25 ans après la découverte du virus », communiqué, Ottawa, 24 novembre 2008.

En bref

Nouvelle tentative du gouvernement fédéral d'établir des peines minimales obligatoires pour des infractions liées à la drogue

Le gouvernement fédéral a réintroduit une loi pour imposer des peines minimales obligatoires pour des infrac-

tions « graves » liées à la drogue.¹ Ayant franchi la première lecture à la Chambre des communes le 27 février 2009, le Projet de loi C-15² est semblable au Projet de loi C-26 déposé lors de la précédente session parlementaire mais mort au feuilleton à la dissolution du Parlement en septembre 2007.³

Le Projet de loi C-15 prévoit :

- une peine obligatoire d'emprisonnement d'un an pour le trafic de drogue dans le contexte du crime organisé ou avec l'usage d'une arme ou de violence;
- une peine minimale d'emprisonnement de deux ans pour le trafic de drogues plus dures, telles que la cocaïne et les méthamphétami-

- nes, auprès de jeunes ou à proximité d'une école;
- une peine minimale d'emprisonnement de deux ans pour l'opération d'une culture de marijuana d'au moins 500 plants;
 - un resserrement à la peine maximale de 14 ans pour la production de marijuana; et
 - des peines plus sévères pour le trafic de « drogues du viol ». ⁴

Des critiques ont signalé que le fardeau des peines minimales obligatoires est porté par des individus impliqués dans la distribution et la consommation de petites quantités de drogue, dans la rue, pour assouvir leur dépendance; que d'augmenter le taux d'incarcération des personnes qui utilisent des drogues est une politique malavisée au regard de la santé; et que des données des États-Unis démontrent que les peines minimales obligatoires ne sont pas efficaces pour les infractions liées à la drogue, résultant plutôt en l'incarcération d'un nombre élevé de contrevenants non violents, et ne contribuant pas à réduire les crimes liés à la drogue ni l'usage problématique de drogue. ⁵

En 2006, une tentative (Projet de loi C-9) d'imposer des peines minimales obligatoires pour des infractions liées à la drogue a échoué : le projet de loi a été amendé par un comité.

Un juge de l'Ontario réprimandé pour son ignorance au sujet du VIH

Le juge ontarien Jon-Jo Douglas, qui avait mandaté le port de masques et de gants de caoutchouc lors d'un procès impliquant un témoin séro-

positif au VIH, s'est vu réprimandé par la juge en chef de l'Ontario, Anne-Marie Bonkalo, qui lui a de plus ordonné de passer une journée à la Casey House, un hospice pour personnes vivant avec le VIH/sida à Toronto. ⁶

Cela donne suite à une plainte déposée au Conseil de la magistrature de l'Ontario par le Réseau juridique canadien VIH/sida et la HIV/AIDS Legal Clinic of Ontario, en réponse à ce qu'ils ont qualifié de « pensée et pratique outrageusement discriminatoires » de la part du juge. ⁷

Rejetant la possibilité d'une enquête publique, le Conseil a décidé de confier le dossier à la juge en chef. Dans une lettre aux plaignants, la registraire du Conseil de la magistrature, Mme Marilyn King, a affirmé que le juge Douglas « comprend à présent pleinement les préoccupations liées à sa conduite » et « a tiré des leçons de cette expérience ». Elle ajoute :

La juge en chef m'a informée que le juge Douglas a présenté ses excuses pour sa conduite, et qu'il a exprimé de sincères regrets pour les préjudices qu'il a pu infliger au témoin lors du procès ou à toute autre personne vivant avec le VIH/sida, et pour l'impact qu'il a pu avoir sur le public.

Le Conseil de la magistrature a également recommandé que les juges de l'Ontario soient dorénavant mieux renseignés sur le VIH.

Les plaignants considèrent qu'il s'agit là d'un pas dans la bonne direction. « L'essentiel est de faire en sorte que les juges soient adéquatement informés et qu'ils n'approchent pas leur travail avec des idées erronées au sujet du VIH », a affirmé Richard Elliott, directeur général du Réseau juridique canadien VIH/sida.

Des organismes s'opposent à une opération policière envisagée dans le Downtown Eastside

Des militants de la lutte au VIH/sida et pour les droits humains ont réagi avec colère à un plan de la police de s'attaquer à la criminalité de rue, aux trafiquants de drogue et aux contrevenants chroniques dans le quartier Downtown Eastside (DES) de Vancouver. ⁸

En janvier 2009, le chef de la police de Vancouver, Jin Chu, a présenté une ébauche de plan d'affaires pour 2009, qui inclut une proposition d'augmenter le nombre de patrouilles de rue dans le DES. L'initiative vise aussi à réduire les délits mineurs en émettant des contraventions aux contrevenants chroniques et en saisissant les provisions de drogue des trafiquants, au lieu de consacrer plus de temps à leur arrestation et au traitement de leurs dossiers. Le plan devra être approuvé par le conseil de police de la ville.

Une coalition composée de six organismes de lutte contre le VIH/sida ⁹ et de la B.C. Civil Liberties Association a écrit au chef Chu et au maire de Vancouver, Gregor Robertson, soutenant que des opérations policières et des mesures de contravention plus agressives menaceraient la santé et la sécurité des résidents du DES.

Les organismes ont expliqué que si des contrevenants à faible revenu étaient incapables de payer leurs amendes, ils pourraient être bannis du DES, donc privés par le fait même de l'accès à des services essentiels comme des soins de santé et des programmes de traitement de la toxicomanie. Ils ont ajouté :

Notre principale préoccupation est que les activités prévues par la police de Vancouver dans le Downtown Eastside — où vit un nombre disproportionné de personnes handicapées, autochtones et séropositives au VIH et au virus de l'hépatite C (VHC) — accroîtront la transmission du VIH et du VHC, limiteront l'accès à des services de santé cruciaux et n'atteindront pas les objectifs visés.¹⁰

Selon M. Douglas King, avocat à la Pivot Legal Society, la proposition d'opération policière est un vestige indésirable du controversé programme « Project Civil City » de l'ancien conseil municipal, qui visait à réduire le désordre civil par l'émission de contraventions pour des délits mineurs.

« Si la police de Vancouver veut distribuer des centaines de contraventions », dit King, « elle devrait être prête à ce que ses agents passent des centaines d'heures en cour ».¹¹

Un conseiller municipal a révélé que la volonté de « nettoyer » les rues avant les Olympiques d'hiver de 2010 (dont Vancouver sera hôte) est la principale raison derrière l'opération policière proposée.¹²

Des lois et politiques punitives exposent les travailleuses et travailleurs sexuels à des risques

Le déplacement forcé des travailleuses et travailleurs sexuels hors des quartiers habités et vers des ruelles et lieux mal éclairés accroît la violence et la propagation du VIH, selon une nouvelle étude menée à Vancouver et publiée par le B.C. Centre for Excellence in HIV/AIDS.¹³

L'étude a révélé qu'une travailleuse sexuelle sur quatre a déjà été incitée à avoir des rapports sexuels non protégés, les plus vulnérables étant des femmes qui ont été « déplacées vers des lieux éloignés en raison de la surveillance policière ou d'accusations liées à la prostitution ou à la drogue ».

La D^{re} Kate Shannon, auteure de l'étude, a affirmé que les lois sur la prostitution et les politiques canadiennes sur la drogue accroissent le risque de maladies transmissibles sexuellement et de violence dans le contexte du travail sexuel ouvert et de rue.

« Nos constats démontrent que la surveillance policière et l'application de lois prohibitives sur le travail sexuel ont un lien direct et négatif avec la capacité des travailleuses sexuelles de négocier l'usage du condom avec leurs clients », a-t-elle signalé.

Hausse en flèche du coût des soins de santé en prison

Le coût des soins de santé fournis aux détenus fédéraux croît rapidement, d'après des données du Service correctionnel du Canada (SCC) obtenues à l'issue d'une requête d'accès à l'information de Sun Media.¹⁴

L'an dernier, les coûts des soins de santé en prison ont totalisé près de 150 millions \$, comparativement à 132 millions \$ l'année précédente. Le coût moyen des soins aux détenus est à présent 2,4 fois supérieur à celui des soins aux Canadiennes hors prison. Le SCC a indiqué que le coût du traitement des troubles de santé mentale, de la toxicomanie et de maladies

infectieuses comme le VIH et l'hépatite C explique en partie la hausse des dépenses.

Selon Craig Jones, directeur général de la Société John Howard du Canada, le gouvernement conservateur a rejeté à tort des initiatives de santé publique comme les programmes d'échange de seringues et de tatouage sécuritaire, qui pourraient aider à freiner la propagation d'infections hématogènes. Cette approche basée sur l'idéologie et préférée à des « solutions fondées sur des données » ne fait rien pour réduire les méfaits et entraîne même une augmentation des coûts des soins de santé.

Richard Elliott, directeur général du Réseau juridique canadien VIH/sida, a qualifié de malavisée et peu pratique la politique de tolérance zéro du SCC en matière de drogue. « Prenons plutôt des mesures pragmatiques pour prévenir certains de ces problèmes de santé », a-t-il suggéré.

Le taux de VIH est dix fois plus élevé (et le taux d'hépatite C, 20 fois plus élevé) en prison que parmi la population générale.

Manitoba — Nouveaux médicaments anti-sida ajoutés au formulaire provincial

En décembre 2008, le Gouvernement du Manitoba a annoncé que quatre nouveaux médicaments anti-sida seront ajoutés au formulaire provincial et fournis gratuitement aux personnes vivant avec le VIH/sida à compter du début de 2009.

Les quatre médicaments — Truvada, Atripla, Isentress et Intelence — sont des versions plus efficaces et plus puissantes de médicaments existants.

Selon Mike Payne, directeur général du Centre de santé communautaire Nine Circles, les nouveaux médicaments seront bénéfiques aux patients qui ont développé une immunité aux médicaments existants; et ils réduiront le nombre de comprimés à prendre dans certains cas. Truvada, par exemple, combine deux médicaments existants dans un comprimé.

¹ S. Merti, « Conservatives would impose mandatory sentences on drug dealers, grow-ops », *Presse canadienne* (en-ligne), 27 février 2009.

² *Loi modifiant la Loi réglementant certaines drogues et autres substances et apportant des modifications connexes et corrélatives à d'autres lois*. Le texte de la loi est accessible via www.parl.gc.ca/LEGISINFO/index.asp?Language=F&query=5739&Session=22&List=toc.

³ Voir A. Symington, « Une loi prévoyant des peines minimales obligatoires pour des infractions liées à la drogue franchit la deuxième lecture », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 13(1) (2008) : 28–30.

⁴ S. Merti.

⁵ A. Symington, « Une loi prévoyant... ».

⁶ M. O'Toole, « Ont. Judge browbeaten for HIV comments », *National Post*, 10 janvier 2009; T. Tyler, « A judge confronts his fear of AIDS; Jon-Jo Douglas once made witness don mask », *Toronto Star*, 10 janvier 2009; K. Makin, « Judge who told witness to wear mask censored », *The Globe and Mail*, 10 janvier 2009.

⁷ A. Symington, « Plainte d'inconduite contre un juge »,

Revue VIH/sida, droit et politiques 13(1) (2008) : 34–35.

⁸ « Downtown Eastside advocates vow to fight police crackdown », *CBC News* (en-ligne), 17 février 2009.

⁹ Les six organismes sont AIDS Vancouver, le B.C. Positive Women's Network, la Youthco AIDS Society, l'Asian Society for the Intervention of AIDS, la B.C. Persons with AIDS Society et le Réseau juridique canadien VIH/sida.

¹⁰ M. Howell, « AIDS agencies pan street police plan », *Vancouver Courier*, 18 février 2009.

¹¹ « Downtown Eastside advocates... ».

¹² *Ibid.*

¹³ D. Spalding, « Isolating prostitutes unsafe, study finds », *(Nanaimo) Daily News*, 6 février 2009.

¹⁴ K. Harris, « Sick inmates costly; loss of needle-exchange programs behind prison care costs, access documents show », *The Calgary Sun*, 17 décembre 2008, p. 28.

DÉVELOPPEMENTS INTERNATIONAUX

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

L'ONU adopte une déclaration historique sur les droits économiques, sociaux et culturels

Le 10 décembre 2008, Journée internationale des droits de l'homme, l'Assemblée générale de l'ONU a adopté un document pivot : le *Protocole facultatif se rapportant au Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*.

Le Protocole facultatif établirait diverses procédures pour habiliter les personnes qui subissent des viola-

tions de droits économiques, sociaux et culturels à demander réparation et à exiger des comptes de la part des

auteurs. Des mécanismes similaires sont déjà en place pour le redressement des violations de droits civils

et politiques. Au moins dix États membres de l'ONU doivent ratifier le Protocole facultatif pour qu'il entre en vigueur.

Les 36 rapporteurs spéciaux et experts indépendants de l'ONU ont publié un énoncé conjoint appuyant l'adoption du Protocole facultatif et ajoutant que

[l]e geste décisif posé aujourd'hui par l'Assemblée générale clarifie que les droits économiques, sociaux et culturels, y compris les droits à un logement, à de la nourriture, à la santé, à l'éducation et à un emploi adéquat, ne relèvent pas de la charité mais sont bien des droits qui peuvent être revendiqués par tous, sans aucune forme de discrimination.¹

Les experts sont d'avis que la combinaison d'un mécanisme de pétition, d'une procédure d'enquête et de la possibilité de mesures intérimaires contribuera au développement d'un corpus de jurisprudence sur les droits, ce qui aidera les États à en assurer l'application.

« La possibilité pour des individus et groupes d'individus de déposer des plaintes auprès du Comité des droits économiques, sociaux et culturels constitue un outil prometteur pour que toutes les victimes de violations puissent s'exprimer et être entendues », ont-ils affirmé.

Les experts espèrent que les positions adoptées par le Comité dans les procédures du Protocole facultatif seront utilisées par la communauté des droits humains pour aider les États à adopter des mesures concrètes pour

réaliser les droits de tous et joindre les plus marginalisés et défavorisés.

« Cela marque une étape cruciale vers l'établissement d'un mécanisme longuement attendu, qui renforcera l'universalité, l'indivisibilité, l'interdépendance et l'interaction de tous les droits humains, et la garantie de dignité et de justice pour tous », ont-ils signalé.

Les experts ont souligné que le nouveau mécanisme de plainte et d'enquête contribuera aussi à rehausser la protection d'autres droits. « Des violations répandues des droits économiques, sociaux et culturels sont souvent à l'origine d'agitation et de conflits sociaux pouvant mener à d'importantes violations des droits civils et politiques », ont-ils noté.

Une coalition d'ONG a affirmé que le Protocole facultatif « représente une avancée historique pour les droits de l'homme ». Dans un communiqué, la coalition a indiqué que le Protocole facultatif « est adéquatement décrit par Mme Louise Arbour, ancienne Haut commissaire aux droits de l'homme, comme l'élément qui complète les droits humains ».²

Le nouveau Protocole facultatif est le fruit de cinq années d'efforts soutenus, suivies de consultations intensives, d'après le représentant du Portugal, principal parrain de l'ébauche de résolution sur le sujet. Ce travail a été réalisé par une instance onusienne, la troisième Commission (sociale, humanitaire et culturelle).

Bien que la troisième Commission ait appuyé le texte du Protocole facultatif par consensus (i.e., sans vote), divers représentants ont signalé des préoccupations, à savoir si les droits économiques, sociaux et culturels se prêtent bien à un mécanisme de plaintes individuelles, ou si les auteurs de violations ne devraient pas plutôt être tenus responsables de la même manière que pour les droits civils et politiques.³

Le texte du Protocole facultatif est accessible via www.opicescr-coalition.org/.

¹ « UN human rights experts welcome the adoption of the *Optional Protocol to the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights* by the General Assembly », énoncé conjoint, 10 décembre 2008. Accessible via www.unhcr.ch/hurricane/hurricane.nsf/view01/C5486C42747EC60BC125751B005B08B3?opendocument.

² Coalition internationale d'ONG pour un Protocole facultatif au PIDÉSC, « Des ONG du monde entier se réjouissent de l'adoption du Protocole facultatif au Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels », communiqué, New York, 10 décembre 2008. Accessible via www.opicescr-coalition.org/.

³ Assemblée générale de l'ONU, « La troisième Commission recommande l'adoption du Protocole facultatif du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels », communiqué, New York, 18 novembre 2008. Accessible à www.un.org/News/fr-press/docs/2008/AGSHC3938.doc.htm.

Ouganda — Un projet de loi criminaliserait la transmission du VIH et exigerait le dévoilement de la séropositivité aux partenaires

Le Gouvernement de l'Ouganda a déposé en chambre un projet de loi omnibus qui vise à criminaliser la transmission intentionnelle ou délibérée du VIH; à faire en sorte que le test du VIH soit intégré dans la batterie de tests prénatals de routine; et à exiger le dévoilement de sa séropositivité, par toute personne, à son conjoint ou partenaire. Le projet de loi prévoit aussi des mesures pour protéger les droits des personnes vivant avec le VIH/sida, notamment la garantie d'accès au traitement et la protection contre la discrimination.¹

En vertu du projet de loi, la culpabilité à une accusation d'avoir transmis le VIH de manière intentionnelle ou délibérée entraînerait la peine de mort.

Ce projet de loi est le premier effort officiel du gouvernement pour criminaliser les comportements susceptibles de donner lieu à la transmission du VIH. L'initiative se produit à un moment d'anxiété croissante parmi les spécialistes de la santé publique, devant la stagnation du taux de prévalence du VIH, dans ce pays, à approximativement 6,5 %, et devant des données révélant une augmentation du nombre d'infections par année.

Un récent tollé, qui s'éleva à la suite de reportages médiatisés à propos de personnes séropositives qui transmettent le VIH à des personnes d'âge mineur, a procuré des appuis à ce projet de loi.

Des militants de la lutte au VIH/sida ont exprimé leur opposition aux dispositions qui concourraient à criminaliser la transmission du VIH. Ils ont affirmé que le recours au droit pénal afin de répondre aux comportements à risque nuirait probablement aux efforts de prévention et, plutôt que d'encourager les gens à passer le

test pour connaître leur état sérologique, il les en dissuaderait.

« Si vous faites pression pour ... des punitions parce qu'une personne est infectée, vous faites de la discrimination et vous portez atteinte aux droits des personnes vivant avec le VIH », a déclaré Beatrice Were, militante séropositive au premier plan.²

Stella Kentutsi, responsable de programme au Forum national des réseaux de personnes vivant avec le VIH/sida en Ouganda (NAFOPHANU), a demandé : « Comment sait-on quelle personne transmet le VIH intentionnellement et délibérément, ou pas? Quels facteurs indiquent une transmission intentionnelle ou délibérée? ».³

« Nous devrions éviter de créer des scénarii où les personnes vivant avec le VIH/sida sont considérées comme des criminels ou de potentiels criminels », a affirmé le NAFOPHANU par voie de communiqué. « Plutôt que d'adopter des lois qui criminalisent l'exposition au VIH ou sa transmission, les législateurs doivent réformer les lois qui font obstacle à la prévention du VIH et à son traitement. »⁴

La législation proposée prévoit le test « de routine » pour le VIH, aux femmes enceintes et à leurs partenaires ainsi qu'aux couples qui envisagent le mariage.

Le D^r David Apuuli Kihumuro, directeur de la Commission ougandaise sur le sida, a affirmé que la disposition à l'effet que le dévoilement de la séropositivité au VIH serait obligatoire, pour les couples envisageant de se marier, devrait être modifiée (ainsi que d'autres articles du projet de loi). « Nous devons réfléchir aux répercussions, dans cette société dominée par le sexe masculin », a-t-il signalé, en ajoutant que plusieurs femmes craignent la réaction de leur mari à l'annonce qu'elles sont séropositives.⁵

En effet, trois Ougandaises ont été tuées par leurs maris, en 2008, parce qu'elles étaient atteintes du VIH.

Mme Kentutsi est d'avis que les professionnels de la médecine n'ont aucun moyen de savoir comment un conjoint ou autre partenaire sexuel pourrait réagir, et qu'en conséquence ils ne devraient pas être autorisés à révéler la séropositivité d'une personne à un tiers.⁶

Tandis que le projet de loi stipule que le test du VIH et le counselling qui l'accompagne soient volontaires, il prévoit l'imposition de ce test aux personnes accusées d'usage de drogue ou de possession illégale d'instruments médicaux, d'infractions d'ordre sexuel ainsi que de commerce du sexe. De plus, le test du VIH serait administré sans demande de consentement aux personnes agressées sexuellement.

Le projet de loi incite les personnes vivant avec le VIH à dévoiler leur séropositivité à leurs partenaires et à adopter les mesures de prévention et de traitement afin d'éviter de transmettre le virus; et il recommande que les professionnels de la santé notifient les partenaires sexuels des personnes qui reçoivent un résultat positif au test du VIH si « elles ont eu une occasion raisonnable d'informer leurs partenaires mais ne l'ont pas fait » [trad.].⁷

De plus, le projet de loi autoriserait les cours à délivrer des ordonnances afin de contraindre des individus à passer le test.

Des militants de la lutte au VIH/sida ont exprimé leur opposition

aux dispositions sur la divulgation, affirmant qu'elles pourraient éliminer la confidentialité du test volontaire et contribuer à une hausse de la transmission du VIH.

Chris Baryomunsi, vice-président du Comité parlementaire ougandais sur le VIH/sida et les affaires connexes, s'est prononcé en faveur du projet de loi mais a ajouté que son comité était ouvert à la considération d'amendements afin de répondre aux préoccupations de divers groupes.⁸

Le projet de loi demande également que toutes les femmes enceintes qui reçoivent un résultat positif au test du VIH reçoivent un traitement antirétroviral et des médicaments pour prévenir la transmission périnatale; on y prévoit le test du VIH pour les bébés de femmes séropositives; on garantit les traitements, les soins et le soutien pour les nourrissons séropositifs; et l'on prévoit l'imposition de mesures de sécurité accrue dans les hôpitaux.

En vertu du projet de loi, les employeurs se verraient interdire l'imposition du test du VIH à leurs

employés, et diverses parties se le verraient interdire également (notamment en prévision de services de crédit, d'assurance et de prêt). De plus, le projet de loi interdirait la discrimination au motif de la séropositivité au VIH dans les écoles, en milieu de travail ainsi que dans le cadre de procédures de candidature pour des emplois du secteur public.

Pour une discussion à propos de lois sur le VIH en Afrique occidentale et centrale, voir R. Pearshouse, « Contagion législative : bâtir la résistance », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 13(2/3) (2008) : 1, 5–10.

¹ S. Naturinda, « Bill to force spouses to reveal HIV status », *Daily Mirror*, 12 décembre 2008; « UGANDA: Draft HIV bill's good intentions could backfire », *PlusNews* (sur Internet), 24 novembre 2008.

² « UGANDA: Draft HIV... ».

³ *Ibid.*

⁴ *Ibid.*

⁵ *Ibid.*

⁶ *Ibid.*

⁷ S. Naturinda.

⁸ *Ibid.*

Zimbabwe — L'effondrement du système de santé public a un effet dévastateur sur les soins pour le VIH

Au Zimbabwe, la crise de santé et des soins qui affecte les patients vivant avec le VIH/sida est le « résultat direct de la malfeasance du régime Mugabe et de la violation systématique d'un vaste éventail de droits humains, notamment ... l'échec flagrant à respecter, à protéger et à réaliser le droit à la santé ».¹ Telle est la conclusion d'un rapport préparé par Physicians for Human Rights (PHR) à l'issue d'une enquête menée au Zimbabwe en décembre 2008.

Les observations du rapport font état, au minimum, de violations des droits à la vie, à la santé, à la nourriture, à l'eau et au travail. Le rapport affirme qu'« examinées dans le contexte des 28 années de violations massives et flagrantes des droits humains des

citoyens du Zimbabwe sous le règne de Robert Mugabe, elles constituent une preuve additionnelle des crimes contre l'humanité commis par ce régime ».²

Selon le rapport, l'effondrement du système de santé public du Zimbabwe, qui a culminé par la fermeture de tous les hôpitaux du secteur public en novembre 2008, est « d'une ampleur et d'une portée sans précédent ».³

Le coût des transports fait en sorte qu'il est devenu impossible pour plusieurs professionnels de la santé de se rendre au travail, même dans la capitale, Harare.

Un infirmier d'une clinique rurale a signalé que puisqu'il vit sur place, il n'a pas de problème à se rendre au travail; toutefois, puisque le tarif d'autobus pour aller chercher sa paye mensuelle dans la ville la plus près est plus élevé que son salaire total, le déplacement n'en vaut pas la peine. Il procède ainsi depuis avril 2008.⁴

Interrogé au sujet de l'impact de l'absence de professionnels de la santé sur les traitements anti-VIH, un haut dirigeant du gouvernement a répondu : « Le problème est que les employés et les patients ne peuvent pas venir en raison du coût élevé des transports. »⁵

Le rapport indique que la production agricole a chuté de 50 à 70 %, au cours des sept dernières années. En 2008, le gouvernement Mugabe a exacerbé l'insécurité alimentaire de sa population en interdisant aux organismes humanitaires internationaux de

fournir de la nourriture et de l'aide humanitaire dans les régions rurales les plus affectées. Les patients vivant avec le VIH/sida et la tuberculose sont particulièrement vulnérables à l'insécurité alimentaire.

Des données de l'ONUSIDA démontrent que le Zimbabwe connaît une épidémie de VIH sévère et généralisée, avec un taux général de prévalence chez les adultes de 15,3 %. Il a été estimé que 1,3 million d'adultes et d'enfants vivaient avec le VIH au Zimbabwe en 2008. En 2007, quelque 140 000 Zimbabwéens sont décédés du sida; et l'on estime que 400 en meurent encore chaque jour.

Dans le cas du VIH/sida, la plus importante menace est l'interruption de l'approvisionnement régulier en médicaments antirétroviraux (ARV). Plusieurs informateurs clés, patients et fournisseurs ont confié à l'organisme PHR que l'approvisionnement en ARV est devenu irrégulier en raison d'interruptions dans la livraison, la distribution et la fourniture, et de vols de médicaments par des agents du parti au pouvoir.

Les récits les plus troublants sont ceux à l'effet que certains médecins font changer leurs patients d'un régime d'ARV à un autre traitement, non pas sur la base d'un besoin clinique, mais plutôt selon la disponibilité des médicaments. Cette pratique peut contribuer au développement de souches du VIH résistantes aux médicaments.

Cela constitue une importante menace à la santé publique, puisque le développement et la transmission

de souches multirésistantes du VIH pourraient miner les efforts de prévention du VIH aux paliers national et régional.

Parmi les recommandations du rapport, on exhorte notamment les donateurs à convoquer un sommet d'urgence sur le VIH, la tuberculose et d'autres maladies infectieuses, afin de coordonner des actions pour répondre aux graves lacunes actuelles dans le traitement et les soins pour le sida et la tuberculose au Zimbabwe.

¹ PHR, *Health in Ruins: A Man-Made Disaster in Zimbabwe*, janvier 2009, p. 14. Accessible via <http://phrblog.org/blog/2009/01/22/health-in-ruins/>.

² *Ibid.*

³ *Ibid.*, p. 15.

⁴ *Ibid.*, p. 26.

⁵ *Ibid.*

Macédoine — Protestation contre la détention de travailleuses sexuelles

Des organismes de lutte au VIH/sida et de défense des droits humains ont vivement dénoncé la détention, l'administration forcée de tests médicaux ainsi que les poursuites pénales de personnes accusées d'avoir pratiqué le travail sexuel, à Skopje, en Macédoine, en novembre 2008.¹

Le soir du 20 novembre 2008, la police a mis à exécution un raid de grande envergure dans un secteur connu pour le travail sexuel, dans la ville de Skopje; plus de 30 personnes ont été arrêtées (en majorité des femmes présumées être travailleuses sexuelles) et placées en détention pour la nuit.

Le lendemain, les détenues accusées d'être des travailleuses sexuelles ont été soumises par la police à des tests forcés pour le VIH et les hépatites B et C.

Des médias ont fait paraître par la suite des photos des femmes qui étaient escortées de fourgons de police vers une clinique; ils ont également affirmé que les femmes avaient été arrêtées pour « implication dans la prostitution ».

Le ministère de l'Intérieur a publié sur son site Internet des photos des détenues qui avaient été prises au poste de police. De plus, la ministre de l'Intérieur a diffusé une déclaration aux médias, dans laquelle elle déclarait que l'action policière s'inscrivait dans la lutte du gouvernement « contre un phénomène sociopathologique [sic] de la société, afin d'éliminer la prostitution de rue » [trad.].

La ministre a également affirmé que les tests avaient été administrés afin de savoir si les « prostituées mises en arrestation » propageaient intentionnellement des infections,

ajoutant que celles qui recevraient un résultat positif seraient la cible d'accusations pénales.

Le 3 décembre, le ministère de l'Intérieur a diffusé un communiqué affirmant que sept des détenues avaient été trouvées séropositives au virus de l'hépatite C (VHC) et étaient à présent accusées au criminel pour « transmission d'une maladie infectieuse ».²

Le 17 décembre, le Réseau juridique canadien VIH/sida et Human Rights Watch ont adressé une lettre à la ministre de l'Intérieur et à d'autres responsables gouvernementaux, « condamnant vivement les actions de la police ».

Les organismes ont affirmé, dans leur lettre, que « les actions de la police, de la ministre et de votre Gouvernement contreviennent à des droits humains reconnus en droit international; [...] ne sont pas conformes aux pratiques éprouvées et éthiques, en matière de santé publique, et contribueront probablement à nuire aux efforts de protection et de promotion de la santé publique ».³ Cette lettre a été endossée par 30 autres organismes et individus.

On y signale par ailleurs que :

- la détention d'individus afin de leur administrer des interventions médicales forcées contrevient au droit à la sécurité de la personne;

- la conduite de la police et du gouvernement a porté atteinte au droit à la vie privée et à la confidentialité des personnes détenues, et constituait un traitement ou une peine inhumaine ou dégradante; et que
- le test forcé d'une personne, pour le VIH ou le VHC, est une violation de son intégrité physique et de sa vie privée.

La lettre exprimait également des inquiétudes concernant le fait que les femmes arrêtées soient accusées de « transmission d'une maladie infectieuse » alors que le VHC n'est pas généralement considéré comme un agent infectieux transmissible sexuellement; et alors que le ministère public et la police n'ont pas identifié de preuve indiquant que la transmission du VHC se soit produite dans une situation impliquant aucune des personnes arrêtées.

La lettre souligne que

les actions de la police et du ministère de l'Intérieur, dans cette affaire — arrestations massives, pratiques policières abusives, tests médicaux forcés, violations de la vie privée et poursuites pénales — portent non seulement atteinte aux droits humains élémentaires des travailleuses sexuelles, mais également aux objectifs de la santé publique, en étant néfastes au recours au test volontaire pour le

VIH et le VHC, et en intensifiant le stigmatisme et la discrimination à l'égard des personnes les plus vulnérables à contracter des infections transmissibles sexuellement.⁴

Ce raid suivi de tests sous la contrainte, de la part de la police, s'inscrit dans un contexte de violence à l'encontre des travailleuses sexuelles (y compris violence policière et extorsion), et d'accès inégal pour ces personnes à la protection de la police.⁵ Autres propos contenus dans la lettre :

le ciblage des travailleuses sexuelles, par la police, contribue de maintes façons à un risque accru de VIH, notamment en rendant ces personnes réticentes à avoir des condoms sur elles si cela peut être utilisé comme preuve à l'appui d'accusations de prostitution; en forçant les travailleuses sexuelles à précipiter les négociations avec des clients, ce qui peut conduire à des rapports sexuels

sans condom; ou en poussant des travailleuses sexuelles à accepter de fournir des services sans condom sur demande de clients, afin de payer des amendes ou de verser des sommes d'extorsion à la police.⁶

Le Réseau juridique et Human Rights Watch ont notamment incité le Gouvernement de la Macédoine à :

- cesser l'administration de tests forcés à ses citoyens;
- veiller à ce que tous les tests d'infections transmissibles sexuellement, à l'avenir, soient faits uniquement sur consentement éclairé, accompagnés de counselling pré- et post-test, et en présence d'une garantie de la confidentialité des résultats;
- assurer l'accès aux soins médicaux nécessaires aux travailleuses et travailleurs sexuels qui en ont besoin;

- faire enquête sur les causes, procédures et répercussions de ces récentes arrestations; et
- revoir les lois relatives à la criminalisation des travailleuses et travailleurs sexuels, à la lumière des faits indiquant que cette criminalisation nuit à la santé et porte atteinte aux droits de la personne.⁷

¹ « Open Letter to the Government of Macedonia Regarding Criminal Prosecution of Alleged Sex Workers », Réseau juridique canadien VIH/sida, Human Rights Watch et 35 autres organismes, 17 décembre 2008 (www.hrw.org/en/news/2008/12/17/open-letter-government-macedonia).

² En filière au Réseau juridique.

³ « Open letter... ».

⁴ *Ibid.*

⁵ Voir A.L. Crago et coll., « Europe centrale et orientale et Asie centrale – Raids et violence policière exposent les travailleuses et travailleurs sexuels à un risque de contracter le VIH », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 13(2/3) (2008) : 77–79.

⁶ « Open letter... ».

⁷ *Ibid.*

Sénégal — Montée d'intolérance à l'égard des hommes gais

L'arrestation et la condamnation de neuf hommes gais en janvier 2009, au Sénégal, s'inscrivent dans une tendance inquiétante. Largement musulman, le Sénégal est devenu de plus en plus intolérant à l'égard de l'homosexualité, depuis quelques années, en dépit d'une réputation de libéralisme et d'ouverture.

Par exemple :

- En février 2008, un groupe d'hommes a été arrêté après la publication dans un magazine de photos de ce qui semblait être

un mariage gai. L'un d'eux, un chanteur populaire, a été forcé de quitter le pays et de demander asile aux États-Unis.

- En août 2008, un Belge et un Sénégalais ont été condamnés

à deux ans de prison pour avoir eu des « comportements contre-nature ».

- À deux occasions distinctes, en 2008, des villageois ont profané les tombes d'hommes gais

connus, affirmant ne pas vouloir de leurs dépouilles dans leur région.¹

Des hommes gais se disent régulièrement persécutés et visés par des menaces de mort, au Sénégal.

Paradoxalement, le Sénégal est l'un des sept seuls pays de l'Afrique dont la stratégie nationale de prévention du VIH cible spécifiquement les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Selon l'organisme français de lutte au VIH/sida AIDES, le taux de VIH au Sénégal est de 0,7 % parmi la population générale, mais de 21,5 % parmi la communauté gaie.

Les accusations portées contre les neuf hommes « auront pour effet de freiner le recours aux programmes de lutte contre le sida », croit Scott Long, directeur du programme sur les droits des personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles et transgenre de l'organisme Human Rights Watch (HRW). À son avis, « les intervenants et les personnes ayant besoin de services de prévention ou de traitement

du VIH ne devraient pas avoir à s'inquiéter de la persécution policière ».

HRW a demandé la libération immédiate des hommes. L'organisme a signalé que leur condamnation et leur traitement enfreignent des déclarations de droits civils que le Sénégal a accepté de respecter. « La loi sénégalaise sur la sodomie brime la vie privée, criminalise le travail dans le domaine de la santé, justifie la brutalité et alimente la peur », a affirmé M. Long.²

HRW s'est aussi dit préoccupé par la sécurité des hommes, qui auraient été battus pendant leur détention policière. L'organisme a demandé que les hommes soient logés séparément des autres détenus, pendant toute la durée de leur détention, et qu'ils reçoivent des soins de santé adéquats, y compris un traitement anti-VIH au besoin.

L'attitude anti-gaie gagne du terrain en Afrique, depuis quelques années. L'an dernier, le parlement du Nigeria a tenté d'adopter une loi qui limiterait même les droits des

homosexuels de se réunir pour discuter de leurs droits. Le président de la Gambie a menacé de décapiter tout homosexuel sur son territoire.

Trois pays africains sur quatre ont rendu illégales les relations sexuelles consensuelles entre hommes. Des militants pour les droits ont signalé que l'homophobie ne fera qu'alimenter la propagation du VIH — sur ce continent déjà ravagé par la maladie — parce que les hommes gais seront réticents à recourir à des traitements qui pourraient les étiqueter comme homosexuels.

Voir l'article connexe sur l'arrestation des neuf hommes gais, dans la rubrique « Le VIH/sida devant les tribunaux — International ».

¹ « Senegal: Tougher jail terms signal rise of homophobia », Agence France-Presse (en-ligne), 16 janvier 2009.

² M. Carter, « Leading human rights organisation calls for release of HIV workers in Senegal », *Aidsmap News* (en-ligne), 2 janvier 2009.

Israël — Un chirurgien séropositif est autorisé à reprendre ses fonctions

En janvier 2009, le ministère de la Santé d'Israël a décidé qu'un chirurgien vivant avec le VIH pouvait recommencer à pratiquer des interventions chirurgicales effractives à condition qu'il maintienne une charge virale indétectable, respecte les procédures de contrôle des infections et porte deux paires de gants chirurgicaux lors de toute chirurgie. Le Ministère a aussi tranché que les éventuels patients du chirurgien n'auront pas à être avertis de sa séropositivité, vu le risque extrêmement faible de transmission du VIH si les conditions susmentionnées sont respectées.¹

Cette décision est le premier cas, depuis l'avènement de la thérapie anti-rétrovirale, où une instance de santé publique autorise un professionnel de la santé séropositif au VIH à pratiquer des interventions chirurgicales effractives. Elle met en relief le risque très faible de transmission du VIH par des professionnels de la santé séropositifs.

Le chirurgien a reçu un résultat positif au test du VIH en janvier 2007. Il a été suspendu de ses fonctions pendant qu'un comité consultatif d'experts étudiait son dossier.

L'hôpital où le chirurgien travaille a communiqué avec 1 669 patients qu'il avait opérés depuis 1997, pour leur offrir de passer un test du VIH. De ceux-ci, 545 ont accepté le test. Aucun n'a été trouvé séropositif,² et ce malgré la charge virale élevée (> 100 000 copies/mL) et le faible de compte de cellules CD4 qu'avait le chirurgien au moment de son diagnostic (indiquant qu'il avait le VIH depuis quelques années).³

Le chirurgien n'a fait état d'aucun incident où un contact avec son sang aurait pu exposer un patient à un risque d'infection.

Le résultat de cette enquête est conforme aux conclusions d'études similaires, qui démontrent que les cas de transmission du VIH d'un chirurgien à un patient sont très rares.

Les avis d'experts israéliens à l'effet que le traitement antirétroviral et la suppression virale constituent des mesures de réduction du risque de transmission du VIH font écho à l'énoncé de la Commission fédérale suisse sur le sida, publié en janvier 2008, à l'effet que les personnes dont la charge virale est indétectable et qui suivent un traitement ne peuvent transmettre le VIH [par voie sexuelle].⁴

La décision d'Israël pourrait inciter des instances de réglementation d'établissements de soins de santé à réviser leurs orientations concernant les professionnels de la santé séropositifs au VIH qui pratiquent des interventions effractives et propices à une exposition.

Au Royaume-Uni, par exemple, le Conseil médical général et le Conseil dentaire général exigent que les professionnels de la santé séropositifs se désistent de la pratique d'interventions propices aux expositions —

c'est-à-dire toute activité impliquant une coupure, une suture, l'utilisation d'une seringue ou un accouchement au moyen de forceps ou par succion.

Par ailleurs, tous les professionnels de la santé recrutés par le Service de santé national et appelés à pratiquer de telles interventions doivent passer un test du VIH. Plusieurs professionnels de la santé ont été forcés de démissionner ou de changer d'emploi au sein du secteur de la santé, à cause de cette orientation.

¹ « Israeli health ministry says HIV-positive surgeon very low risk to patients; surgeon returns to work », *Aidsmap News*, 9 janvier 2009.

² « Getting HIV from your surgeon highly unlikely », *Reuters Health* (en-ligne), 8 janvier 2009.

³ « Israeli health... ».

⁴ Voir R. Pearshouse, « Suisse — Énoncé sur la transmission sexuelle du VIH par des personnes suivant un traitement antirétroviral », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 13(1) : 40-41.

En bref

É.-U. — Obama révoque l'interdiction de financer des organismes internationaux qui pratiquent ou conseillent l'avortement

Le 23 janvier 2009, quelques jours après son intronisation, le président étatsunien Barack Obama a levé

l'interdiction de financement par les États-Unis à des groupes du domaine de la santé qui pratiquent des avortements, qui plaident pour la légalisation de cette intervention ou qui fournissent du counselling sur l'interruption de la grossesse.¹

Obama a émis un memorandum révoquant la *Mexico City Policy* (surnommée « *global gag rule* » [règle

d'obstruction mondiale]) initialement établie par le président Ronald Reagan en 1984, renversée en 1993 par le président Bill Clinton puis rétablie par le président George W. Bush en 2001 (à la première journée de son mandat).

Le memorandum révoque l'ordonnance de Bush, en qualifiant d'« excessivement larges » les limites

du financement et ajoutant que celles-ci « ont nuit aux efforts de promotion du sécurisexe et de programmes familiaux efficaces dans les pays étrangers ».²

Dans une déclaration connexe, Obama a affirmé qu'il travaillerait par ailleurs avec le Congrès afin de rétablir l'appui financier des États-Unis au Fonds des Nations Unies pour la population « afin de réduire la pauvreté, d'améliorer la santé des femmes et enfants, de prévenir le VIH/sida et de fournir de l'assistance en matière de planning familial aux femmes de plus de 154 pays ».³

La décision d'Obama a été applaudie par les groupes de planning familial, les alliés pour la santé des femmes, et d'autres dépositaires d'enjeux, car elle permet à l'U.S. Agency for International Development (USAID) de verser à nouveau des millions de dollars à des programmes qui fournissent des services médicaux, de contraception, de prévention du VIH ainsi que d'autres soins.

L'abrogation de la Mexico City Policy ne permettrait pas que les revenus de taxation soient utilisés pour des avortements, mais permettrait que le financement soit rétabli pour les groupes qui fournissent d'autres services, y compris du counselling en matière d'avortement.

Le serment anti-prostitution que doivent signer les récipiendaires de financement dans le cadre du PEPFAR demeure en vigueur (« PEPFAR » désigne *President's Emergency Plan for AIDS Relief*). Si Obama souhaite modifier cette politique, il devra convaincre le Congrès de modifier la loi. L'exigence de serment a été adoptée par le Congrès

lors du renouvellement du PEPFAR en 2008.⁴

Burundi — Le Sénat rejette une loi qui aurait criminalisé l'homosexualité

Le 18 février 2009, le Sénat du Burundi a massivement rejeté un projet de loi qui aurait porté amendement du code pénal afin de criminaliser l'homosexualité.⁵

Le projet de loi avait été approuvé par l'Assemblée nationale, la chambre basse du Parlement, en novembre 2008, pratiquement sans débat. De nombreux groupes, notamment les responsables de la santé publique burundaise, l'Église catholique du Burundi, Human Rights Watch (HRW) et nombre d'organismes internationaux, ont alors dénoncé l'action de l'Assemblée nationale et exhorté le Sénat à amender la législation.⁶

« En rejetant cet amendement, les sénateurs burundais ont protégé les droits humains de leur peuple », a déclaré M. Michel Sidibé, directeur exécutif de l'ONUSIDA, par voie de communiqué. « Ils ont également établi un principe moral incitant les législateurs du monde entier à suivre leur exemple dans l'élimination des obstacles à la riposte au sida. »⁷

À l'heure actuelle, 84 pays sont dotés de lois prohibant les rapports homosexuels.⁸

Dans son communiqué, l'ONUSIDA a affirmé :

La criminalisation des pratiques sexuelles entre adultes et la violation des droits humains des personnes vivant avec le VIH entravent les

actions contre le sida à travers le monde. De telles mesures ont des effets négatifs sur la mise en œuvre des programmes de prévention du VIH et sur l'accès aux traitements des personnes vivant avec le VIH. Non seulement, ces mesures violent les droits des individus, mais elles stigmatisent encore davantage ces populations.

Dans la *Déclaration politique des Nations Unies sur le VIH/sida* de 2006, les états se sont engagés à faire tomber les obstacles juridiques à la riposte au sida et à voter des lois protégeant les populations vulnérables. Les pays dans lesquels il n'existe pas de lois discriminatoires à l'encontre des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des consommateurs de drogues injectables ou des professionnel(le)s du sexe, sont les pays qui assurent un meilleur accès aux services de prévention, de traitement et de prise en charge médico-sociale du VIH.⁹

Éthiopie — Une nouvelle loi menace les droits humains

Le 6 janvier 2009, le Gouvernement de l'Éthiopie a adopté une loi, qualifiée de draconienne, qui empêche les organisations recevant plus de 10 % de leur financement de l'étranger de participer à des missions de promotion des droits humains, des droits démocratiques, de l'égalité (y compris celle des femmes), des droits des enfants et des personnes handicapés, de la résolution de conflit de même que de l'efficacité de la justice et de l'application de la loi.¹⁰

La *Proclamation sur les organisations caritatives et les associations* établit une Agence des organisations

caritatives et associations, à qui est accordé un large pouvoir discrétionnaire afin de réglementer les ONG et de contrôler leurs activités.

Les critiques de la nouvelle loi s'inquiètent que d'importants projets soient annulés et que du personnel de valeur soit perdu car les fonds qui les soutiennent viennent de l'extérieur de l'Éthiopie et parce qu'il est irréaliste de s'attendre à ce que des collectes de fonds au palier local compensent le manque à gagner.

Égalité maintenant, un organisme qui travaille à la protection et à la promotion des droits humains des femmes, a affirmé qu'en raison de cette loi, des personnes vulnérables se retrouveront sans assistance, notamment des femmes et filles aux prises avec la violence sexuelle ou d'un autre ordre et qui dépendent grandement d'organismes de la société civile pour l'obtention d'assistance juridique et matérielle.¹¹

Inde — Expiration d'un projet de loi parlementaire pour criminaliser l'achat de services sexuels

L'expiration d'un projet de loi pour criminaliser l'achat de services sexuels a été autorisée lors de la dissolution de la chambre inférieure du Parlement de l'Inde (*Lok Sabha*, ou Chambre du peuple), le 26 février 2009.¹²

Aux yeux des travailleuses et travailleurs sexuels et des militants pour leurs droits qui s'opposaient vivement au projet de loi intitulé *Immoral Traffic (Prevention) Amendment Bill, 2006* (ITPA) depuis sa création, en 2005, il s'agit d'une importante

victoire. À leur avis, la loi aurait brimé les droits des travailleuses et travailleurs sexuels et exacerbé leur marginalisation.

La loi proposée aurait eu pour effet de réorienter les politiques législatives sur le travail sexuel de la tolérance vers la prohibition.

En plus de pénaliser les clients de maisons de prostitution, la loi aurait élargi la définition de « prostitution » pour inclure tous les rapports sexuels transactionnels (contrairement aux actes impliquant une exploitation à des fins commerciales); ajouté une définition du trafic à des fins de prostitution (ce qui aurait eu pour effet de criminaliser le travail sexuel motivé par la pauvreté); diminué le grade de policier requis pour la fouille et la descente de maisons de prostitution ainsi que l'arrestation des travailleurs qui s'y trouvent; et prolongé à sept ans la période de détention des travailleuses et travailleurs sexuels.

Inspirées d'une loi élaborée en Suède, des lois qui interdisent l'achat de services sexuels sont adoptées dans plusieurs régions du monde, notamment en Europe et en Amérique du Nord, mais aussi dans certaines régions de l'Asie (p. ex., Corée du Sud et Népal).

Afrique australe — Ébauche d'une loi modèle régionale sur le VIH

Le Forum parlementaire de la Southern African Development Community (SADC) vient d'adopter une loi modèle régionale sur le VIH, qui a pour but d'offrir des orientations aux pays qui adoptent ou ont déjà adopté des lois spécifiques au VIH, dans la région.¹³

La loi modèle vise à :

- fournir un cadre juridique pour l'examen et la réforme des lois nationales sur le VIH, conformément aux normes internationales des droits humains;
- promouvoir la mise en œuvre de stratégies efficaces de prévention, de traitement, de soins et de recherche;
- assurer que les droits humains des personnes vivant avec le VIH/sida ou autrement affectées sont respectés, protégés et réalisés; et
- stimuler l'adoption de mesures spécifiques [...] pour répondre aux besoins de groupes vulnérables ou marginalisés.¹⁴

ONU — Un énoncé condamne les violations de droits humains fondées sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre

Aux Nations Unies, 66 États membres ont appuyé un énoncé à l'effet que les protections internationales de droits humains incluent l'orientation sexuelle et l'identité de genre.¹⁵ Il s'agit de la première fois qu'un énoncé condamnant les violations des droits des personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles et transgenre est présenté à l'Assemblée générale.

Les 66 États se sont dits « profondément préoccupés par les violations des droits de l'Homme et des libertés fondamentales fondées sur l'orientation sexuelle ou l'identité de genre » et à l'égard « de la violence, du harcèlement, de la discrimination, de l'exclusion, de la stigmatisation et des préjugés dont sont victimes des personnes, dans tous les pays du monde,

en raison de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre ».

Les États signataires ont exhorté tous les pays à abolir les peines criminelles touchant l'orientation sexuelle ou l'identité de genre. Il est estimé que plus d'une soixantaine de pays ont encore des lois qui criminalisent les rapports sexuels consentis entre adultes de même sexe.

En revanche, 57 autres États ont signé un texte alternatif promu par l'Organisation de la Conférence islamique. Tout en affirmant les « principes de la non-discrimination et de l'égalité », ils considèrent que les droits humains universels n'incluent pas « la tentative de faire valoir les droits de certains individus ».

Asie — Explosion des cas de VIH parmi les HRSH

Des autorités de la santé de l'Asie ont émis une mise en garde à l'effet que la région connaît une résurgence du VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HRSH), qui ne s'atténuera pas à moins d'efforts gouvernementaux accrus. L'avertissement a été formulé lors d'un congrès de l'Organisation mondiale de la santé, à Hong Kong, le 18 février 2009.¹⁶

Selon ces autorités, les lois discriminatoires, le stigmate, le faible usage du condom, les partenaires sexuels multiples et l'accès limité aux soins de santé sont des facteurs qui contribuent à la propagation du VIH parmi les HRSH de la région.

York Chow Yat-ngok, secrétaire à l'Alimentation et à la Santé de Hong Kong, a signalé une « hausse rapide » des cas de VIH parmi les HRSH, et que la prévalence du VIH parmi ce groupe est 10 fois supérieure à celle d'autres groupes à risque élevé, comme les travailleuses et travailleurs sexuels et les utilisateurs de drogue par injection.¹⁷

Shivananda Khan, représentante de l'Asia Pacific Coalition on Male Sexual Health, a affirmé : « Nous sommes devant une catastrophe en émergence. Si nous n'intervenons pas immédiatement, le taux d'infection doublera chaque année, au cours des 20 prochaines années. »¹⁸

¹ R. Stein et M. Shear, « Funding restored to groups that perform abortions, other care », *The Washington Post*, 24 janvier 2009, p. A03.

² *Ibid.*

³ *Ibid.*

⁴ « Don't expect a révolution », *The Economist*, 12 mai 2009.

⁵ ONUSIDA, « Les droits des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes confirmés par les sénateurs du Burundi », communiqué, Genève, 18 février 2009.

⁶ HRW, « Burundi : Le parlement devrait respecter le droit à la vie privée et rejeter une loi répressive », 16 février 2009 (www.hrw.org/fr/news/2009/02/16/burundi-le-parlement-devrait-respecter-le-droit-la-vie-priv-e-et-rejeter-une-loi-r-p).

⁷ ONUSIDA.

⁸ *Ibid.*

⁹ *Ibid.*

¹⁰ Égalité maintenant, « Appel urgent — Une nouvelle loi menace les droits humains en Éthiopie », 10 janvier 2009 (www.equalitynow.org/french/actions/action_2205_fr.html).

¹¹ *Ibid.*

¹² T. Tandon, « Indian sex workers, repel move towards criminalisation », énoncé de la Lawyers Collective HIV Unit, 27 février 2009.

¹³ « Announcing the adoption of the SADC PF Model Law on HIV », 9 décembre 2008. Accessible via www.sadcpf.org.

¹⁴ Ce texte est tiré d'un exposé sur la loi modèle, présenté par trois parlementaires de la Zambie, de l'Afrique australe et de la République de Maurice (en filière auprès de l'auteur).

¹⁵ International Gay and Lesbian Human Rights Commission, « United Nations: General Assembly statement affirms rights for all », communiqué, New York, 19 décembre 2008. Accessible à www.iglhrc.org/cgi-bin/iowa/article/pressroom/pressrelease/826.html. Le communiqué inclut une liste des 66 États qui ont appuyé l'énoncé.

¹⁶ A. Freeda, « WHO warns of a growing male AIDS crisis », *New Strait Times*, 19 février 2009.

¹⁷ T. Chui, « Asia faces gay sex AIDS explosion », *The Standard*, 19 février 2009.

¹⁸ *Ibid.*

LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX — CANADA

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

La Cour fédérale ordonne la révision d'une décision sur la demande de statut de réfugié d'un Mexicain

Le 6 novembre 2008, la Cour fédérale a accueilli la demande de contrôle judiciaire d'une décision de la Section de la protection des réfugiés, qui avait conclu que Jose Fernando Rodriguez Diaz, un citoyen mexicain, n'était ni un réfugié au sens de la Convention, ni une personne à protéger.¹

Diaz soutenait avoir besoin de protection pour le motif qu'il croyait que ses frères le tueraient et qu'il serait victime de persécution au Mexique parce

qu'il était gai et séropositif. Diaz a eu un diagnostic de VIH en 1991 alors qu'il vivait au Mexique. Il a affirmé que son employeur a découvert sa

maladie et l'a congédié, et qu'en 1995 il a perdu un autre emploi parce que son employeur avait été informé de son orientation sexuelle et de sa maladie.

Diaz a également soutenu que, lorsque son beau-père est décédé, il a reçu la moitié de sa succession, qui comprenait une plantation de canne à sucre, une plantation de café et une maison. En 1996, un de ses frères a menacé de le tuer s'il ne quittait pas le Mexique. En conséquence, Diaz a donné à sa sœur une procuration pour qu'elle s'occupe des biens de la famille et il est parti pour les États-Unis, où il est resté jusqu'en avril 2005. Il est alors retourné au Mexique quelques jours, avant de partir pour le Canada.

Peu après son arrivée au Canada, Diaz a présenté une demande de statut de réfugié. Le 9 octobre 2007, la Section de la protection des réfugiés de la Commission de l'immigration et du statut de réfugié a conclu que l'État d'origine du demandeur pouvait lui offrir une protection suffisante et qu'il lui était loisible de se réfugier à l'intérieur du pays, plus précisément dans la ville de Mexico. Diaz a demandé que cette décision soit annulée et que l'affaire soit

réexaminée par un tribunal différemment constitué.

Selon la Cour fédérale, deux questions n'ont pas été adéquatement évaluées en ce qui concerne la possibilité que le demandeur se réfugie à l'intérieur de son pays d'origine. Premièrement, la Commission n'a pas étudié l'allégation selon laquelle les professionnels de la santé, au Mexique, entretiennent à l'égard des personnes séropositives des préjugés négatifs qui affectent les traitements et la fourniture de médicaments, ce qui constituait un problème particulier dans le cas de Diaz.

Deuxièmement, la Commission n'a pas adéquatement établi si Diaz avait prouvé, selon la prépondérance des probabilités, que les obstacles systémiques associés au dépistage du VIH et à l'emploi constituaient de la persécution. Les liens entre le statut socio-économique de Diaz et sa séropositivité étaient des aspects importants que la Commission a ignorés.

La preuve documentaire donnait à penser qu'au Mexique les familles

des personnes séropositives jouent un rôle important dans le bien-être des personnes dans la situation de Diaz, à cause de la discrimination sociale, et que cette option ne s'offrait pas à Diaz, étant donné sa relation avec ses frères qui l'empêchait d'avoir des contacts avec sa mère et sa sœur par crainte de représailles.

La Cour fédérale a conclu que la Commission n'avait pas suffisamment étudié les prétentions de Diaz selon lesquelles il serait victime de persécution et serait exposé à des risques en tant que Mexicain séropositif ne disposant d'aucun soutien familial important, compte tenu de l'existence de barrières systémiques en matière d'emploi et de la discrimination dont il pourrait souffrir dans les soins de santé. En conséquence, la Cour a annulé la décision de la Commission et ordonné que l'affaire soit réexaminée par un tribunal différemment constitué.

¹ *Diaz c. Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration)*, 2008 C.F. 1243.

La Cour fédérale statue que la totalité de la preuve doit être examinée dans l'évaluation du risque de persécution d'un demandeur d'asile

Le 24 novembre 2008, la Cour fédérale a accueilli la demande de contrôle judiciaire présentée par un Salvadorien homosexuel séropositif à l'encontre d'une décision défavorable pour lui relativement à un examen des risques avant renvoi (ERAR).¹

En août 2006, Joaquin Ramirez Aragon est arrivé au Canada en provenance du Salvador pour assister

à la Conférence internationale sur le sida et il a présenté une demande de statut de réfugié parce qu'il était

exposé à la persécution au Salvador. La demande de protection reposait à la fois sur un risque de représailles

d'un agent de police qui l'aurait agressé sexuellement et aurait contracté le VIH, et le risque général auquel sont exposés les homosexuels au Salvador. Au soutien de sa demande, Aragon a soumis une preuve documentaire selon laquelle les homosexuels sont mal traités par les autorités, au Salvador.

En mai 2007, la Section de la protection des réfugiés a rejeté sa demande pour le motif que ses prétentions relatives à un risque spécifique de représailles d'un agent de police n'étaient pas crédibles, et que Aragon n'avait pas réfuté la présomption d'existence d'une protection de l'État, parce qu'il n'avait fait aucune démarche pour signaler l'agression dans les mois qui ont précédé son départ pour le Canada. En août 2007, sa demande d'autorisation de contrôle judiciaire à l'encore de cette décision a été rejetée.

Le 11 janvier 2008, un ERAR a donné lieu à une décision défavora-

ble, et Aragon a présenté une demande de contrôle judiciaire. De l'avis de la Cour fédérale, la question en litige consistait à établir si le risque de persécution fondée sur l'homosexualité, allégué par Aragon, avait été correctement évalué.

Selon la Cour fédérale, l'agent d'ERAR a tenu pour acquis que la Section de la protection des réfugiés avait considéré tous les risques soulevés par Aragon, et il s'est concentré sur la question de savoir si le demandeur avait produit de nouveaux éléments de preuve concernant des risques qui seraient apparus depuis la décision. Cependant, il ressortait clairement d'une lecture attentive des décisions de la Section de la protection des réfugiés et de l'agent d'ERAR que ni la Section ni l'agent n'avaient expressément cherché à savoir si la preuve documentaire contenue dans divers rapports étayait les craintes de persécution de Aragon.

Aragon s'était plaint d'avoir longtemps été victime de persécution à cause de son orientation sexuelle. La preuve documentaire contenait des informations que l'on pouvait interpréter comme étant favorables à sa prétention que sa vie serait en danger si on le renvoyait au Salvador. De l'avis de la Cour fédérale, il était déraisonnable de la part de l'agent d'ERAR de présumer que la Section de la protection des réfugiés avait fait une évaluation complète des risques et de ne pas chercher à savoir, à la lumière de l'ensemble de la preuve, si Aragon serait exposé à un risque de persécution et si sa sécurité serait menacée s'il était renvoyé au Salvador.

La Cour a donc accueilli la demande d'Aragon et a ordonné le renvoi de l'affaire à un autre agent d'ERAR pour un nouvel examen.

¹ *Aragon c. Canada (Citoyenneté et Immigration)*, 2008 C.F. 1309.

La déportation d'une Thaïlandaise est reportée jusqu'à la conclusion de son appel dans une poursuite pénale

En janvier 2007, la Cour supérieure de justice de l'Ontario a déclaré Suwalee Iamkhong, originaire de Thaïlande, coupable de négligence criminelle causant des lésions corporelles et de voies de fait graves, parce qu'elle avait omis de dévoiler sa séropositivité avant d'avoir des rapports sexuels non protégés avec son mari. Le 16 août 2007, elle a été condamnée à deux ans d'emprisonnement pour chaque chef, à purger simultanément.¹

Les personnes qui n'ont pas la citoyenneté canadienne peuvent être expulsées du Canada si elles sont

reconnues coupables d'un crime grave, et tout crime punissable par au moins deux ans d'emprisonnement

correspond à la définition de crime grave. Par suite de la condamnation de Mme Iamkhong, un rapport de

non-admissibilité a été déposé contre elle conformément à l'article 44 de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés*.

En décembre 2008, la contestation du rapport de non-admissibilité, présentée par Mme Iamkhong, a été rejetée.² Le même mois, lors d'une audience sur son admissibilité, une date d'expulsion a été fixée; Mme Iamkhong a purgé la totalité de sa peine et a été remise aux autorités de l'immigration conformément à l'article 59 de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés*.

Le 19 janvier 2009, dans une procédure de révision des motifs de la détention visant à déterminer si Mme Iamkhong devrait être détenue jusqu'au moment de sa déportation, la Section de l'immigration de la Commission de l'immigration et du statut de réfugié a ordonné sa libération en acceptant un cautionnement de 6 000 \$ en argent comptant ainsi qu'un cautionnement de bonne exécution de 17 000 \$ qui provenait de plusieurs personnes. Sa libération était en partie fondée sur le fait qu'elle travaillait activement au sein d'organismes de services dans le domaine du VIH/sida (notamment à titre bénévole); et sur le fait qu'elle « s'affichait publiquement comme séropositive au VIH. » Mme Iamkhong n'a pas été considérée comme constituant un danger pour le public.³

Le ministre de la Sécurité publique et de la Protection civile a contesté cette ordonnance. Le 21 janvier 2009, la Cour fédérale a conclu que le commissaire qui avait autorisé la libération de Mme Iamkhong n'avait pas suffisamment examiné « le caractère des cautions ou le lien qu'elles avaient avec la défenderesse. »⁴

La Cour fédérale a également laissé entendre que Mme Iamkhong

serait susceptible de récidiver vu son manque d'instruction, en disant que, « eu égard au contexte en l'espèce (*niveau de compréhension peu élevé de la défenderesse, qui n'a pas terminé ses études primaires*), déclaration de culpabilité antérieure pour voies de fait, malgré le service bénévole), si la défenderesse récidivait en ayant des rapports sexuels non protégés, cela causerait un préjudice irréparable pour la victime ».⁵ [italiques ajoutés]

La Cour fédérale n'a pas expliqué davantage en quoi Mme Iamkhong constituerait un danger pour le public, et n'a pas traité du fait que ses besoins médicaux et nutritionnels particuliers ne seraient peut-être pas satisfaits en détention, avant de suspendre la décision de la Section de l'immigration.

Le 19 février 2009, une autre audience de révision a été tenue. Le commissaire a refusé de libérer Mme Iamkhong, concluant que celle-ci risquait de s'échapper, parce que les personnes disposées à lui servir de caution pour garantir qu'elle se présenterait à l'expulsion ne la connaissaient pas assez bien.⁶ Les cautions étaient Noulmook Sutdhibhasilp, directeur général de l'Asian Community AIDS Services, qui travaillait avec Iamkhong depuis le début de son procès criminel, et des amis qui la connaissaient depuis 10 à 15 ans.

L'appel de la condamnation pénale de Mme Iamkhong devrait être instruit le 24 mars 2009. Si la Cour d'appel de l'Ontario accepte de réduire d'un jour sa peine d'emprisonnement, sa condamnation ne constituerait plus un crime grave et Mme Iamkhong pourrait interjeter appel de son ordonnance d'expulsion.

Outre l'appel de sa condamnation pénale, Mme Iamkhong est

poursuivie au civil par son ex-mari, Percy Whiteman, le plaignant dans son procès criminel. Citoyenneté et Immigration Canada est codéfendeur dans cette affaire.

Le 28 février 2009, Mme Iamkhong a demandé le sursis de son expulsion, qui avait à l'origine été fixée au 1^{er} mars 2009, jusqu'au terme de ses diverses poursuites judiciaires. La demande de sursis avait d'abord été refusée, mais, après que son avocat eut déposé les documents relatifs à sa demande de sursis à la Cour fédérale, l'Agence des services frontaliers du Canada a accepté de reporter la date d'expulsion jusqu'à ce que la Cour d'appel de l'Ontario ait rendu sa décision.⁷

¹ Voir S. Chu, « Une femme qui « aurait dû savoir » qu'elle était séropositive est condamnée à deux ans d'emprisonnement », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 12(2/3) (2007) : 49.

² *Iamkhong c. Canada (Sécurité publique et protection civile)*, 2008 CF 1349 (Cour fédérale).

³ Déclaration sous serment de Elizabeth Lim, *Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration c. Suwalee Iamkhong*, 20 janvier 2009, aux par. 13 et 19.

⁴ *Canada (Ministre de la Sécurité publique et de la Protection civile) c. Iamkhong*, 2009 CF 52 (Cour fédérale), au par. 22.

⁵ *Ibid.*, par. 28.

⁶ T. Tyler, « Ex-stripper with AIDS denied release; Thai woman who infected spouse is fighting to stay in Canada; immigration judge rules her a flight risk », *The Toronto Star*, 20 février 2009, p. GT06.

⁷ D'après une communication personnelle avec Elizabeth Lim, conseillère en immigration de Suwalee Iamkhong, 6 mars 2009.

Droit criminel et transmission du VIH ou exposition

La Cour d'appel d'Ontario remplace une condamnation avec sursis par une peine d'emprisonnement, dans un cas de non-divulgation de la séropositivité

En décembre 2008, la Cour d'appel d'Ontario a annulé la peine d'une année d'emprisonnement avec sursis qui avait été imposée à Roger McGregor. Ce dernier avait été déclaré coupable d'agression sexuelle grave pour avoir eu à deux reprises des rapports sexuels non protégés avec la plaignante, M.M., sans l'informer qu'il était séropositif. La Cour l'a condamné à un an d'emprisonnement.¹

La Couronne a interjeté appel contre la condamnation avec sursis pour les motifs suivants : (a) la peine ne reflétait pas la gravité de l'infraction et était « manifestement inopportune »; (b) elle ne respectait pas la gamme de peines établie pour les cas similaires; et (c) elle ne donnait pas effet aux principes de dissuasion générale et de dénonciation.

En première instance, la Cour supérieure de justice de l'Ontario avait conclu que McGregor et M.M., dont l'identité est assujettie à une ordonnance de non-publication, avaient eu une relation de nature sexuelle de l'automne 2004 au printemps 2006. En décembre 2004, une infirmière de la santé publique avait avisé McGregor de son obligation d'informer ses éventuels partenaires sexuelles de sa séropositivité,

et lui avait dit de toujours porter un condom lorsqu'il aurait des rapports sexuels.

Le couple a eu des rapports sexuels non protégés à deux occasions. Pendant la durée de leur relation, jamais McGregor n'a dit à M.M. qu'il était séropositif.

M.M. a découvert par hasard que McGregor était séropositif en trouvant une fiche de renseignements concernant un médicament sur la commode de sa chambre. Après avoir appris que le médicament servait au traitement du VIH, M.M. a posé des questions à McGregor, et une altercation s'est ensuivie. Le couple a rompu peu de temps après. M.M. n'a pas contracté le VIH.

McGregor a subséquemment été accusé d'agression sexuelle grave, de voies de fait et de séquestration. Les deux derniers chefs se rapportaient à l'altercation qui avait eu lieu lorsque M.M. avait confronté McGregor au sujet de sa séropositivité. En février 2008, McGregor a été déclaré coupable d'agression sexuelle grave et il a été acquitté des deux autres accusations.

Le 16 mai 2008, l'intimé a été condamné à un an d'emprisonnement avec sursis, assorti de strictes conditions d'assignation à domicile, plus trois ans de probation. Le juge qui a prononcé la peine a également ordonné que l'ADN de McGregor soit versé dans une base de données génétiques et que ce dernier se conforme à la *Loi sur l'enregistrement de renseignements sur les délinquants sexuels*.

La Cour d'appel a jugé que le crime de McGregor était « très grave » et que, bien que McGregor n'occupait pas une position de confiance traditionnelle à l'égard de M.M., « toute relation intime de la nature de celle qui unissait l'intimé à M.M. repose sur un certain degré de confiance, permettant du moins à chacun des participants de croire raisonnablement que l'autre ne l'exposera pas sciemment à une grave maladie contagieuse. »²

Selon la Cour, le fait que McGregor ait caché sa séropositivité à M.M., et qu'il ait à deux reprises eu des rapports sexuels non protégés avec elle, représentait une violation de cet élément de confiance qui formait la base de sa relation avec elle.

De manière significative, la Cour d'appel a laissé entendre que le défaut de dévoiler sa séropositivité constitue une infraction criminelle, même si un condom a été utilisé. Dans son jugement, la Cour a dit :

[o]n peut également se demander si M.M. aurait dans tous les cas eu des rapports sexuels avec l'intimé, si elle avait su que celui-ci était séropositif : les condoms ne sont pas toujours infaillibles. Ce choix, qui lui revenait, a été refusé à M.M. par l'intimé, qui a délibérément ignoré son obligation de l'informer de sa séropositivité.³

D'après la Cour d'appel, le juge qui a imposé la peine était conscient de la gravité de l'infraction, mais a commis une erreur dans son approche de la détermination de la peine lorsqu'elle

a déclaré que « aucune cour d'appel en Ontario ne se sentirait obligée d'imposer une peine d'incarcération nécessaire ou automatique dans tous les cas de condamnation pour agression sexuelle grave. »⁴

Bien que la juge de première instance ait correctement établi qu'une peine d'incarcération est généralement requise dans les circonstances de l'infraction en cause, elle a conclu que les objectifs de dénonciation et de dissuasion pourraient être atteints dans le cas de McGregor au moyen d'une condamnation avec sursis suffisamment restrictive. De l'avis de la Cour d'appel, « [m]ême s'il est vrai que la jurisprudence reflète une vaste gamme de peines dans les cas qui se rapportent aux rapports sexuels et à la non-divulgaration de la séropositivité, en l'absence d'un plaidoyer de culpabilité de l'accusé ou d'une suggestion commune au moment de la sentence, les peines imposées comportent l'incarcération réelle pendant un certain temps. »⁵

La Cour a dit que le peu d'autorités au soutien de l'approche suivie par la juge au moment de la détermination de la peine confirmaient que l'agression sexuelle grave associée à la non-divulgaration de la séropositivité donnait généralement lieu à une peine de détention.

En conséquence, acceptant les conclusions du juge de première instance que les actes de McGregor n'étaient ni malveillants ni calculés, que celui-ci n'avait pas eu l'intention d'exposer délibérément M.M. au risque de contracter le VIH les deux fois où ils ont eu des rapports sexuels non protégés, que son comportement n'était pas violent ou prédateur et qu'il avait une bonne réputation, la Cour d'appel a annulé la condamnation avec sursis et a imposé une peine

d'incarcération de 18 mois, réduite de six mois compte tenu du temps qu'il avait déjà passé en détention avant la sentence et en vertu de sa condamnation avec sursis.

Un homme est reconnu coupable de tentative d'agression sexuelle grave dans un cas de rapports sexuels non protégés

Le 23 février 2009, la Cour supérieure de justice de l'Ontario a déclaré William Imona-Russel coupable de voies de fait causant des lésions corporelles, d'agression armée, de menaces de mort, de voies de fait, de deux chefs d'agression sexuelle et de tentative d'agression sexuelle grave.⁶

Imona-Russel, qui se représentait lui-même, est arrivé au Canada en provenance du Nigeria en avril 2003 et il a présenté une demande de statut de réfugié. Peu de temps après, il a rencontré la plaignante dans l'immeuble résidentiel où ils vivaient tous les deux. Selon Imona-Russel, ils ont commencé une relation sexuelle et ont toujours utilisé un condom, jusqu'à ce qu'un médecin des services d'immigration l'informe en juillet 2003 qu'il était séropositif. Imona-Russel a témoigné qu'il avait révélé ce fait à la plaignante et qu'ils n'ont plus jamais eu de rapports sexuels par la suite.⁷

La plaignante a déclaré qu'ils avaient eu des rapports sexuels consensuels jusqu'en août 2003 et deux fois en 2004, et que jamais Imona-Russel ne lui a dit qu'il était séropositif. Elle a également dit qu'elle n'était pas certaine qu'il ait utilisé un condom à ces occasions.

Au procès d'Imona-Russel, un médecin de Toronto a témoigné qu'il avait administré un test VIH à l'accusé dans le cadre de la procédure d'immigration. Il a affirmé l'avoir informé le ou avant le 2 juin 2003 qu'il était séropositif et lui avoir recommandé d'adopter des pratiques sexuelles sans risque.⁸

La plaignante a déclaré qu'elle a finalement rompu sa relation avec Imona-Russel parce qu'elle le trouvait trop contrôlant et violent. Elle a affirmé que, après leur rupture, Imona-Russel l'a agressée physiquement et sexuellement deux fois en mars 2005.

La plaignante soutient que, le 3 mars 2005, Imona-Russel s'est présenté chez elle, l'a agressée physiquement, a pointé une perceuse sur sa tête, a menacé de la tuer et l'a violée. Le 13 mars 2005, il serait retourné chez elle, l'aurait agressée physiquement et l'aurait violée de nouveau. On aurait détecté des traces de sperme d'Imona-Russel dans le sous-vêtement de la plaignante après l'incident du 13 mars 2005.

Par suite de ces incidents, à la suggestion des policiers, la plaignante a passé à la fin du mois de mars 2005 un test VIH qui s'est révélé positif.⁹

La Cour a énuméré un certain nombre d'incohérences dans le témoignage d'Imona-Russel et a conclu que ce dernier savait depuis le 2 juin 2003 qu'il était séropositif, après quoi il a continué d'avoir des rapports sexuels avec la plaignante.

Puisque la plaignante ignorait si Imona-Russel portait un condom pendant leurs rapports sexuels, la Cour a conclu qu'il était possible qu'il l'ait fait la plupart du temps. Cependant, la Cour a jugé qu'Imona-Russel avait eu des rapports sexuels non protégés avec la plaignante au moins

une fois, le 13 mars 2008, d'après la preuve de traces de son sperme dans le sous-vêtement de la plaignante. Le juge McMahon a cité l'arrêt de la Cour suprême du Canada dans *R. c. Williams* et conclu que les éléments relatifs à la tentative d'agression sexuelle grave étaient présents en l'instance.¹⁰

La Cour a également reconnu Imona-Russel coupable des accusations relatives aux agressions physiques et sexuelles qui ont eu lieu en mars 2005. La Couronne avait accusé Imona-Russel d'agression sexuelle grave en rapport avec l'agression sexuelle qui avait eu lieu à ces deux occasions. La Cour a toutefois jugé qu'il n'y avait pas d'élément de preuve permettant d'établir si la plaignante était déjà séropositive au moment de ces agressions, et elle a déclaré Imona-Russel coupable de deux chefs de l'infraction moindre et incluse d'agression sexuelle.

Un homme est déclaré coupable de quatre chefs d'agression sexuelle grave pour non-divulgaration de sa séropositivité

Charles Kokanai Mzite a été déclaré coupable le 2 mars 2009 de quatre chefs d'agression sexuelle grave, parce qu'il avait eu des rapports sexuels non protégés avec quatre femmes de Victoria sans leur dire qu'il était séropositif.¹¹

Mzite, un enseignant qui est plus tard devenu musicien au sein d'un populaire groupe de marimba, est arrivé au Canada en 2001 et a demandé le statut de réfugié. À l'époque, Citoyenneté et Immigration Canada

n'imposait pas de test VIH aux candidats à l'immigration. Pendant le procès, des éléments de preuve ont démontré que l'épouse de Mzite était décédée en 2000 de ce qu'il croyait être des complications relatives au sida, et que plusieurs frères et sœurs de Mzite's étaient également décédés de cette maladie.¹²

Les quatre plaignantes, dont l'identité est protégée par une ordonnance de non-publication, ont eu des rapports sexuels avec Mzite entre 2001 et 2007. En juillet 2001, Mzite a passé un test VIH anonyme dans une clinique de Victoria. Le résultat était positif, mais il n'est pas retourné à la clinique pour obtenir le résultat.

Au procès, la principale question en litige portait sur le moment où Mzite a appris qu'il était séropositif. Mzite soutenait ne l'avoir découvert qu'à la fin de l'année 2004, lorsqu'il a subi un test à la demande de l'une des plaignantes. La poursuite alléguait que Mzite savait qu'il était séropositif depuis 1995.

L'une des plaignantes, qui a obtenu un résultat positif, a appris d'un ami que Mzite était séropositif. Après avoir pris connaissance de son résultat, elle a fait passer un test à Mzite en 2004 et est allée avec lui chercher le résultat.¹³ Elle a témoigné que Mzite lui avait subséquemment avoué qu'il savait depuis 1995 qu'il était séropositif.¹⁴

Mzite a été arrêté en septembre 2007. Après son arrestation, il a dit au détective Scott McGregor dans un interrogatoire enregistré sur bande magnétoscopique qu'il savait depuis 1995 qu'il était séropositif.¹⁵ De l'avis de la Cour suprême de Colombie-Britannique, la poursuite a établi au-delà du doute raisonnable que Mzite savait qu'il était séropositif

au moment où il a eu des rapports sexuels non protégés avec les quatre plaignantes, et qu'il avait soit nié son état, soit omis de leur divulguer, ce qui les avait exposées à un risque de lésions corporelles graves.

Une Ontarienne qui n'avait pas divulgué sa séropositivité plaide coupable à des accusations d'agression sexuelle et de négligence criminelle

Le 27 février 2009, Lara Dick, qui avait omis de divulguer sa séropositivité à son partenaire avant d'avoir des rapports sexuels non protégés avec lui, a plaidé coupable à la Cour de justice de l'Ontario à des accusations d'agression sexuelle et de négligence criminelle causant des lésions corporelles.¹⁶ Lara Dick avait à l'origine été accusée d'agression sexuelle grave et de négligence criminelle causant des lésions corporelles.

Selon ce qu'ont rapporté les médias, Lara Dick a appris qu'elle était séropositive en 2006. En janvier 2008, l'accusée, une ex-travailleuse sexuelle, a rencontré le plaignant à Cambridge, Ontario. Ils ont commencé une relation et ont eu des rapports sexuels non protégés entre 50 et 75 fois, de janvier à octobre 2008.¹⁷

Lara Dick vivait avec le plaignant à Kitchener, Ontario, lorsque celui-ci a découvert qu'elle était séropositive. Il a alors porté plainte à la police, pour le motif qu'elle lui avait caché son infection.¹⁸ Le plaignant a subséquemment passé un test VIH, qui s'est révélé positif.

Lara Dick a été condamnée à 41 mois d'emprisonnement pour chaque chef, à purger simultanément. La Cour a également ordonné que son nom soit inscrit au registre des délinquants sexuels pour une période de 20 ans et lui a interdit de posséder des armes pour une période de 10 ans.¹⁹

Nouveaux développements dans l'affaire Aziga

Le témoignage de Juliet Aziga

En octobre 2008, la poursuite dans l'affaire de Johnson Aziga a demandé à la Cour de déclarer que l'ex-femme d'Aziga, Juliet Aziga, était habilitée à témoigner contre lui et pouvait être contrainte à le faire.²⁰ Johnson Aziga est accusé de meurtre au premier degré et d'agression sexuelle grave, parce qu'il a eu des rapports sexuels non protégés avec 13 femmes sans leur dire qu'il était séropositif.

Johnson et Juliet Aziga se sont mariés en 1988. En 1996, Aziga a passé un test VIH qui s'est révélé positif, après quoi les professionnels de la santé ont recommandé au couple d'adopter des pratiques sexuelles sans risque. La poursuite souhaitait citer Juliet Aziga à comparaître pour qu'elle témoigne sur ce que les professionnels de la santé ont dit à Aziga pendant les séances de counseling.

Le juge Lofchik, de la Cour supérieure de l'Ontario, a jugé applicable à Johnson et Juliet Aziga l'exception de common law à la règle de l'incapacité, qui rend les époux aptes à témoigner pour la poursuite lorsqu'ils sont irrémédiablement séparés. En outre, puisque le témoignage de Juliet

Aziga ne se rapportait pas à une communication que Aziga lui aurait faite pendant le mariage, le juge a dit que l'article 4(3) de la *Loi sur la preuve au Canada* n'entraîne pas en jeu.²¹

En conséquence, le juge Lofchik a conclu que Juliet Aziga était un témoin compétent et contraignable, et que son témoignage était applicable aussi bien aux chefs d'agression sexuelle grave qu'aux chefs de meurtre.

Le comportement sexuel antérieur des plaignantes

En novembre 2008, Aziga a déposé, conformément au paragraphe 276(2) du *Code criminel*, une requête demandant l'autorisation de présenter des éléments de preuve relativement au comportement sexuel antérieur des plaignantes qui ont eu des résultats de tests VIH positifs, dans le but de démontrer l'existence d'autres sources possibles de leur infection par le VIH.²²

Le juge Lofchik, de la Cour supérieure de justice de l'Ontario, a accueilli la requête. À son avis, les éléments de preuve serviraient à démontrer l'existence d'autres sources possibles de l'infection par le VIH, « plutôt qu'à établir la propension ou autre tendance de ces femmes à pratiquer des actes sexuels, pour déterminer si dans ce cas les actes sexuels allégués ont eu lieu et, si oui, s'ils ont été consensuels; ce sont des questions essentielles dans la plupart des cas d'agression sexuelle et c'est ce que vise la «protection des victimes de viol» prévue à l'article 276 ».²³

Selon le juge Lofchik, l'article 276 du *Code criminel* n'empêchait pas Aziga de rechercher d'autres sources possibles de l'infection

des femmes qui sont décédées ou qui étaient séropositives, parce que « [l]e fondement de l'infraction présente n'est pas l'acte sexuel lui-même, mais le défaut d'informer la partenaire sexuelle de la séropositivité et la contamination de celle-ci par le virus. »²⁴

En outre, a dit le juge, la preuve que l'accusé cherchait à présenter avait une valeur probante considérable qui l'emportait sur le risque de préjudice envers l'administration de la justice, compte tenu des facteurs prévus au paragraphe 276(3) du *Code criminel*. Par conséquent, Aziga a été autorisé à poser aux plaignantes des questions sur leurs activités sexuelles antérieures aux tests VIH qui ont donné des résultats positifs.

Contestation de l'admissibilité d'une preuve

En décembre 2008, Aziga a déposé une requête pour obtenir l'exclusion de la preuve d'expert de la poursuite concernant une technique scientifique pratiquée sur les échantillons de sang de Aziga et de ses présumées victimes.²⁵ Aziga soutenait que le test était erroné. Il mettait en doute la chaîne de possession des échantillons et laissait entendre que les échantillons pourraient avoir été contaminés ou trafiqués.

Santé Canada avait participé à l'enquête policière concernant Aziga en employant l'analyse phylogénétique pour identifier les souches de VIH présentes dans les spécimens prélevés sur Aziga et les plaignantes infectées. L'analyse avait permis de conclure que la même souche de VIH était présente dans tous les spécimens, que cette souche était rare au Canada et qu'il serait extrêmement étonnant que les plaignantes aient

contracté cette souche de VIH autrement qu'en ayant des contacts avec la même personne infectée (selon toute vraisemblance, Aziga).

Aziga soutenait que le test était erroné, parce que les échantillons avec lesquels les spécimens des plaignantes furent comparés (le Programme canadien de surveillance des souches et de la résistance aux médicaments ayant trait au VIH et la base de données Los Alamos sur les séquences du VIH en Californie) ne venaient pas d'hommes séropositifs de Hamilton, Ontario — la communauté dont Aziga faisait partie. Le défaut d'analyser des échantillons provenant d'hommes séropositifs à Hamilton éliminait la possibilité d'identifier d'autres individus séropositifs qui auraient pu transmettre le VIH aux plaignantes.

La Cour supérieure de justice de l'Ontario a rejeté la requête d'Aziga. À son avis, l'argument que les échantillons auraient été trafiqués était sans fondement. En ce qui a trait à l'analyse phylogénétique, la Cour a conclu que la technique était utilisée aux États-Unis et ailleurs depuis un certain temps et qu'elle était généralement acceptée dans la communauté scientifique. La Cour a jugé que les objections soulevées par Aziga à propos de la méthodologie de l'analyse concernaient la valeur probante et non l'admissibilité de la preuve de la couronne.

La Cour a évalué la preuve et a conclu qu'elle satisfaisait le critère d'admissibilité, parce qu'elle était pertinente et nécessaire, et qu'elle n'était contraire à aucune règle de preuve. En outre, le témoin de la poursuite était un spécialiste qualifié et réputé dans le domaine de l'analyse phylogénétique.

Un homme de Colombie-Britannique est déclaré coupable d'agression sexuelle grave pour avoir omis de divulguer sa séropositivité

En février 2008, la Cour suprême de Colombie-Britannique a déclaré Michael Wright coupable de deux chefs d'agression sexuelle grave, pour n'avoir pas divulgué sa séropositivité à deux femmes avec qui il a eu des rapports sexuels non protégés.²⁶

Les incidents se sont produits entre 2004 et 2006 à Bella Coola, C.-B., où Wright s'était installé pour travailler dans le revêtement de sol. Les deux plaignantes ont affirmé avoir eu des rapports sexuels avec Wright. Ni l'une ni l'autre n'a contracté le VIH. D'après l'avocat de Wright, son client soutient qu'il a soit dit aux femmes qu'il était séropositif, soit eu des rapports sexuels protégés avec elle.

Wright a subséquemment été condamné à quatre ans et demi d'emprisonnement, moins le temps déjà purgé en détention préventive.²⁷

Trevis Smith est mis en liberté conditionnelle et doit être renvoyé aux États-Unis

L'ex-joueur des Roughriders de Saskatchewan, Trevis Smith, a été libéré sous conditions du pénitencier de Saskatchewan le 25 février 2009, après avoir purgé deux ans de la peine de six ans à laquelle il avait été condamné relativement à deux chefs d'agression sexuelle grave, pour

avoir eu des rapports sexuels non protégés avec deux femmes sans leur dire préalablement qu'il était séropositif.²⁸

Le 14 janvier 2009, Smith a obtenu une libération conditionnelle totale après avoir purgé le tiers de sa peine. Une porte-parole de la Commission nationale des libérations conditionnelles a toutefois indiqué que l'une des conditions de la libération de Smith était qu'il ne serait pas relâché dans la communauté et qu'il ferait face à une ordonnance de déportation aux États-Unis à sa libération.²⁹ Smith doit purger le reste de sa peine en liberté conditionnelle en Alabama, l'état dont il est originaire.

¹ R. c. *McGregor*, 2008 ONCA 831 (Cour d'appel de l'Ontario).

² *Ibid.*, par. 30.

³ *Ibid.*, par. 34.

⁴ *Ibid.*, par. 36.

⁵ *Ibid.*, par. 39.

⁶ Transcription des motifs exposés oralement dans R. c. *William Imona-Russel*, 23 février 2009, Cour supérieure de justice de l'Ontario.

⁷ *Ibid.*, p. 6.

⁸ « Man told of his HIV positive status, doctor tells sex assault trial », *Canadian Press*, 21 janvier 2009.

⁹ Transcription des motifs exposés oralement... p. 4-5.

¹⁰ *Ibid.*, p. 18.

¹¹ « HIV-positive musician guilty; man convicted for having unprotected sex with four Victoria women », *The Vancouver Sun*, 3 mars 2009, p. A3.

¹² L. Dickson, « Mzite's path from Africa to jail », *Times Colonist (Victoria)*, 3 mars 2009, p. A3.

¹³ L. Dickson, « Victoria man knew he has HIV positive

before having sex, court hears », *The Vancouver Sun*, 18 novembre 2008.

¹⁴ *Ibid.*

¹⁵ L. Dickson, « Tape shows remorseful sex suspect; in police interview, a tearful Mzite says he knew he was HIV-positive », *Times Colonist (Victoria)*, 22 janvier 2009, p.A4.

¹⁶ « Woman gets 4 years for not telling sex partner she was HIV positive », *Canadian Press*, 27 février 2009.

¹⁷ *Ibid.*

¹⁸ « Former prostitute charged with exposing her boyfriend to HIV », *Canadian Press*, 14 novembre 2008.

¹⁹ D'après une communication avec le bureau de Kitchener de la Cour de justice de l'Ontario, Division criminelle.

²⁰ *R. c. Aziga*, [2008] O.J. No. 4085 (QL).

²¹ Le paragraphe 4(3) de la *Loi sur la preuve au Canada*, L.R.C. 1985, c. C-5, prévoit que « Nul ne peut être contraint de divulguer une communication que son conjoint lui a faite durant leur mariage. »

²² *R. c. Aziga*, [2008] O.J. No. 4669 (QL).

²³ *Ibid.*, par. 9. L'article 276 du *Code Criminel*, L.R.C. 1985, prévoit ce qui suit :

(1) Dans les poursuites pour une infraction prévue aux articles 151, 152, 153, 153.1, 155 ou 159, aux paragraphes 160(2) ou (3) ou aux articles 170, 171, 172, 173, 271, 272 ou 273, la preuve de ce que le plaignant a eu une activité sexuelle avec l'accusé ou un tiers est inadmissible pour permettre de déduire du caractère sexuel de cette activité qu'il est :

- a) soit plus susceptible d'avoir consenti à l'activité à l'origine de l'accusation;
- b) soit moins digne de foi.

(2) Dans les poursuites visées au paragraphe (1), l'accusé ou son représentant ne peut présenter de preuve de ce que le plaignant a eu une activité sexuelle autre que celle à l'origine de l'accusation sauf si le juge, le juge de la cour provinciale ou le juge de paix décide, conformément aux articles 276.1 et 276.2, à la fois :

- a) que cette preuve porte sur des cas particuliers d'activité sexuelle;

b) que cette preuve est en rapport avec un élément de la cause;

c) que le risque d'effet préjudiciable à la bonne administration de la justice de cette preuve ne l'emporte pas sensiblement sur sa valeur probante.

²⁴ *Ibid.*, par. 15.

²⁵ *R. c. Aziga*, [2008] O.J. No. 5131 (QL).

²⁶ K. Fraser, « Crown wants jail in HIV case; conditional term more appropriate for attacks on women », *The Vancouver Province*, 16 mai 2008, p.A12.

²⁷ D'après un entretien personnel avec le procureur de la Couronne dans l'affaire, Brian MacFarlane.

²⁸ « Trevis Smith expected to be deported back to U.S. », *Canadian Press* (en ligne), 25 février 2009. Pour un résumé de l'affaire, voir G. Betteridge, « Un ex-joueur de football professionnel est déclaré coupable de deux chefs d'agression sexuelle grave », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 12(1) (2007) : 48.

²⁹ D. Healy, « Ex-CFL player Trevis Smith free on parole », *Canwest News Service* (en ligne), 25 février 2009.

LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX — INTERNATIONAL

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

Afrique du Sud — Un tribunal ordonne à un ministre de communiquer un rapport sur le décès d'un détenu

Un détenu désigné comme « MM » est décédé au centre correctionnel Westville, à Durban, Afrique du Sud, en août 2006. Il était séropositif et il avait commencé un traitement moins de quatre semaines avant sa mort. Après deux ans de bataille, la Treatment Action Campaign (TAC) a obtenu l'accès au rapport concernant son décès.¹

Dans sa décision, le juge Southwood a rejeté sans équivoque tous les arguments de procédure à l'encontre de la communication du rapport qui ont

été formulés par les défendeurs, le ministre des Services correctionnels et l'Inspectorat judiciaire des prisons. Entre autres, les défendeurs sou-

naient que la TAC n'avait pas la qualité pour intenter l'action, n'avait pas épuisé les procédures d'appel internes et n'avait pas intenté son action dans

un délai de 30 jours; et que le ministre n'avait pas le rapport.²

Le juge a en outre rejeté l'argument que la communication du rapport donnerait lieu à une divulgation de renseignements personnels sur le détenu décédé.³ Dans les motifs de son jugement, le juge Southwood a déclaré :

Les documents soumis dans la présente affaire démontrent de la part du ministre et de son ministère un mépris complet des dispositions de la Constitution et du PAIA [*Promotion of Access to Information Act* (Loi sur l'accès à l'information)] qui exigent que les dossiers soient rendus accessibles [...]

Il est troublant de constater que le défendeur principal a soulevé des objections techniques sans aucun fondement, et que, plutôt que de se conformer à ses obligations, il s'est livré à une guerre d'usure au tribunal. Ce n'est pas ce qu'on attend d'un ministre du gouvernement et de son ministère. À mon avis, leur conduite est non seulement incompatible avec la Constitution et le PAIA, mais elle est répréhensible. Elle oblige le

demandeur à intenter des poursuites à grands frais et c'est un gaspillage de fonds publics.⁴ [trad.]

Le juge a ordonné au ministre de donner à la TAC des copies papier et électronique non éditées du rapport sur MM. Il a également ordonné au ministre de payer les frais de la demande.⁵

Le ministre des Services correctionnels a demandé l'autorisation d'appeler, mais sa requête a été rejetée.⁶

Selon Jonathan Berger de l'AIDS Law Project (qui a représenté la TAC), la décision ne représente qu'une infime portion de la campagne menée par la TAC pour obtenir l'accès aux traitements pour les détenus. L'organisme espérait que le rapport lui permette d'établir si la mort de MM était attribuable aux délais préalables à l'obtention du traitement, dans l'optique de prévenir d'autres délais de la même nature à l'avenir.⁷

L'AIDS Law Project a reçu une copie du rapport de l'Inspectorat judiciaire des prisons le 10 février 2009.⁸ Le TAC a exprimé sa frustration en constatant que le rapport repose

exclusivement sur une enquête interne menée par le ministre des Services correctionnels, et qu'il ne contient aucune preuve d'expertise indépendante sur la cause du décès de MM.

Le rapport n'impute aucune responsabilité au ministre des Services correctionnels, mais attribue une partie du blâme à un organisme sans but lucratif qui aide l'État en offrant une thérapie antirétrovirale à des patients du secteur public.⁹

¹ « South Africa: Court victory for HIV prison inmates », *PlusNews*, 2 février 2009.

² *Treatment Action Campaign c. Minister of Correctional Services and Another*, (30 janvier 2009), N° 18379/2008, High Court of South Africa, Transvaal Provincial Division, par. 9–31.

³ *Ibid.*, par. 32–34.

⁴ *Ibid.*, par. 36.

⁵ *Ibid.*, par. 40.

⁶ TAC, « Justice prevails: Minister Balfour's appeal application in 'MM' case dismissed », 13 mars 2009, en ligne via www.tac.org.za/.

⁷ « South Africa: Court victory for HIV prison inmates », *PlusNews*, 2 février 2009.

⁸ TAC, « Minister of Correctional Services appeals court order to release report on death of HIV positive prisoner 'MM' », 13 mars 2009, en ligne via www.tac.org.za/.

⁹ *Ibid.*

Droit criminel et cas de transmission du VIH ou d'exposition

Australie — 18 ans d'emprisonnement pour des infractions reliées au VIH

Micheal John Neal, qui avait été déclaré coupable en juillet 2008 de quinze chefs d'accusation — notam-

ment de tentative de transmettre le VIH, de viol, de conduite insouciant ayant mis la vie d'une personne en danger et d'obtention frauduleuse de faveurs sexuelles — a été condamné en janvier 2009 à 18 ans et neuf mois d'emprisonnement. La peine est assortie d'une interdiction d'admis-

sibilité à la libération conditionnelle avant 13 ans et neuf mois.¹

L'affaire a mis en relief le fonctionnement des services de santé publique et leur manière d'aborder la surveillance et la prévention du VIH. Un dossier avait été ouvert sur Neal en 2001, et plusieurs lettres et avertissements lui

avaient été envoyés sur une période de cinq ans. Il aurait continué d'avoir des rapports sexuels non protégés.²

France — Une femme est condamnée à cinq ans de prison avec sursis

Dans la première affaire concernant la transmission du VIH qui soit jugée à la Cour d'assises (le tribunal qui juge les crimes les plus graves), une femme a reçu une condamnation de cinq ans d'emprisonnement avec sursis pour avoir transmis le VIH à son ex-mari. D'autres cas de transmission du VIH ont été jugés par les tribunaux pénaux, probablement parce qu'ils ne concernaient pas des époux ou des conjoints.³

Selon les comptes rendus des médias, la femme a contracté le VIH en 1991 et a rencontré son ex-mari en 1995. Il aurait découvert en 1997 qu'il était séropositif, lors d'une hospitalisation pour une crise de malaria.⁴ Il a affirmé que la femme ne lui avait pas dit qu'elle était séropositive. En conséquence, elle a été accusée d'« administration de substance nuisible par conjoint ou concubine, suivie de mutilation ou d'infirmité permanente ».⁵

L'infraction dont la femme a été déclarée coupable était passible de 15 ans de prison. Vu son mauvais état de santé, elle a reçu une condamnation avec sursis.⁶

Suisse — Une cour de Genève annule une condamnation, pour le motif d'absence de risque de transmission

En février 2009, la Cour de Justice (Division criminelle) de la

République et du Canton de Genève a acquitté un homme qui avait antérieurement été déclaré coupable de tentative de propagation d'une maladie humaine et de tentative d'atteinte grave à l'intégrité corporelle (articles 231 et 122 du Code pénal suisse).⁷ Un tribunal d'instance inférieure l'avait reconnu coupable en 2008 par suite de rapports sexuels qu'il avait eus avec deux femmes. Il avait alors été condamné à 18 mois de détention.

Le Procureur général de Genève a interjeté l'appel. Il a cité le professeur Bernard Hirschel à comparaître à l'audience pour témoigner à titre de spécialiste que, selon l'état actuel de la recherche scientifique, le risque de transmission du VIH par un patient qui suit un traitement antirétroviral, dont la charge virale est indétectable, et qui n'a pas d'autres infections, est trop faible pour être scientifiquement quantifié.⁸ En outre, le patient avait été informé que, s'il était diligent dans ses traitements et n'avait pas d'autres maladies, il n'y avait pas de risque de transmission.⁹

Citant explicitement l'énoncé émis en 2008 par la Commission fédérale Suisse pour les problèmes liés au sida, sur l'effet du traitement du VIH sur la transmission¹⁰, la cour a conclu :

En l'espèce, il est établi que l'appelant est régulièrement suivi depuis début 2008, soit avant les faits qui lui sont reprochés, reçoit un traitement antirétroviral adéquat, présente une virémie indétectable et ne souffre pas d'autres infections. Lors de son audition par la Chambre d'appel, le professeur HIRSCHHEL a confirmé que, dans ce cas, il n'y a pas de risque de contamination. Par conséquent, les art. 122 et 231 CP ne peuvent trouver application.¹¹

L'homme a donc été acquitté de tous les chefs d'accusation.

Commentaire

Cette décision est importante en ce qu'elle illustre comment un procureur et un tribunal ont modifié l'état du droit en conformité avec l'évolution des données scientifiques concernant le degré de risque. C'est le premier jugement de cette nature dans le monde. Il permet de croire qu'en Suisse les personnes séropositives qui sont traitées efficacement contre le VIH ne seront plus poursuivies parce qu'elles ont eu des rapports sexuels non protégés.

Royaume-Uni — Première condamnation pour transmission du VIH depuis l'adoption des directives destinées à la poursuite

Un homme séropositif plaidé coupable et a été condamné à un an d'emprisonnement pour avoir, par insouciance, transmis le VIH à son ex-petite amie. Selon les comptes rendus des médias, il est hémophile et a contracté le VIH à l'occasion d'une transfusion de sang contaminé pendant son adolescence. La femme aurait été infectée entre 1994 et 1996.¹²

Elle aurait transmis le virus à un partenaire subséquent. Les médias ont rapporté qu'il n'avait pas parlé de son infection à cause des stigmates associés au VIH.¹³

Un commentateur a déclaré ce qui suit :

Le cas, qui constitue la première condamnation pour transmission du VIH au Royaume-Uni depuis plus

d'un an, suscitera l'inquiétude des militants. Ce qui est préoccupant, c'est que l'affaire, qui repose sur un plaidoyer de culpabilité et une « preuve scientifique » vague, semble présenter d'importantes similitudes avec les premières condamnations pour transmission insouciant du VIH. La nature et la qualité des conseils juridiques que l'accusé a reçus soulèveront des préoccupations.¹⁴ [trad.]

Royaume-Uni — Condamnation à deux ans de prison pour transmission de l'hépatite B sans divulgation

Dans ce que l'on croit être la première cause criminelle portant sur la transmission sexuelle du virus de l'hépatite B, un homme a été condamné à deux ans de prison en vertu de l'article 20 de l'*Offences Against the Person Act 1861* (la loi qui sert de fondement aux poursuites pour transmission « insouciant » du VIH), pour atteinte grave à l'intégrité corporelle d'une femme avec qui il a eu des rapports sexuels. L'homme avait plaidé coupable.¹⁵

Selon les comptes rendus des médias, il n'avait pas informé la femme qu'il était infecté par l'hépatite B avant d'avoir des rapports sexuels avec elle à une seule occasion. La femme l'a dénoncé à la police lorsqu'elle a commencé à être malade.¹⁶

Selon un commentateur, l'affaire constitue un inquiétant précédent. L'hépatite B est considérablement plus contagieuse que le VIH et peut être transmise autrement que par des rapports sexuels. En outre, les messages de santé publique tendent à promouvoir la vaccination contre l'hépatite B, et non la divulgation aux

partenaires et le port du condom (à l'opposé des conseils sur le VIH).¹⁷

L'affaire semble incompatible avec les directives adoptées pour la poursuite en ce qui concerne la transmission sexuelle d'infections graves.¹⁸ Selon ces directives, il est peu probable que des poursuites soient intentées si l'on n'est pas en présence d'une relation d'une certaine durée ou de plusieurs rencontres.¹⁹

Les directives disent aussi que la preuve doit démontrer que la personne accusée a infecté la personne plaignante; il est ici question non seulement de la preuve médicale et scientifique sur l'infection, mais également de la preuve sur le comportement sexuel pertinent de la personne plaignante et sur ses antécédents sexuels.²⁰

Les intervenants dans le domaine de la lutte contre le VIH ont dit craindre que cette poursuite représente un déni de justice.²¹

Estonie — Une travailleuse du sexe séropositive condamnée à l'emprisonnement

Les médias rapportent qu'un tribunal d'Estonie a condamné une travailleuse sexuelle séropositive à trois ans et sept mois d'emprisonnement pour avoir omis de divulguer sa séropositivité et avoir eu des rapports sexuels non protégés.²²

Une enquête sur les activités de la femme aurait été entreprise lorsque celle-ci a accusé un client de viol. L'enquête n'a pas confirmé le viol mais a donné lieu au dépôt d'accusations contre elle.

Il semble que ce soit la première fois qu'une personne séropositive

soit condamnée à l'emprisonnement en Estonie pour avoir eu des rapports sexuels non protégés.²³

Ouganda — Un homme est condamné à l'emprisonnement pour avoir transmis le VIH à une femme souffrant de troubles mentaux

En décembre 2008, un homme séropositif a été condamné à 14 ans d'emprisonnement pour avoir eu des rapports sexuels avec une jeune femme atteinte de troubles mentaux et lui avoir, allègue-t-on, transmis le VIH. Bien qu'il n'existe pas d'infraction criminelle relative à la transmission du VIH en Ouganda, c'est un crime en vertu du Code pénal d'avoir des rapports sexuels avec une femme souffrant de troubles mentaux.²⁴

Le procureur a déposé un rapport médical indiquant que l'accusé était séropositif et avait transmis le VIH à la femme. Le juge a conclu que l'accusé avait intentionnellement transmis l'infection et, en conséquence, il a imposé la peine maximale de 14 ans d'emprisonnement.²⁵

Le *HIV/AIDS Prevention and Control Bill, 2008* (Projet de loi de 2008 sur la prévention et le contrôle du VIH et du sida) était débattu pendant que le procès se déroulait. Le projet de loi criminaliserait la transmission intentionnelle du virus, qui serait passible de la peine capitale.²⁶ Le projet de loi a donné lieu à de vives controverses publiques.

Voir l'article sur le *HIV/AIDS Prevention and Control Bill, 2008* dans la section Développements internationaux du présent numéro.

¹ K. Hagan, « Grandfather jailed for spreading HIV », *The Age* (en ligne), 16 janvier 2009. Voir « Australie — Un homme est jugé non coupable de transmission délibérée du VIH », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 13 (2/3) (2008) : 50 (faisant état du verdict dans l'affaire).

² *Ibid.*

³ P. Jolly, « Condamnée pour avoir transmis le sida à son mari », *Le Monde*, 4 décembre 2008.

⁴ *Ibid.*; « Une femme devant les assises du Loiret pour avoir transmis le sida à son mari », Agence France-Presse, 2 décembre 2008.

⁵ « Administration de substance nuisible par conjoint ou concubine, suivie de mutilation ou d'infirmité permanente. »

⁶ E. Bernard, « France: Woman receives five year suspended sentence for HIV transmission to ex-husband », *Criminal HIV Transmission blog*, 5 décembre 2008, en ligne à <http://criminalhivtransmission.blogspot.com>.

⁷ Ordonnance de la Cour de Justice, Division criminelle, Audience du lundi 23 février 2009, entre « Mr. S. » et « Mme S2 » et « Mme R. » Au moment de la rédaction, le jugement n'avait pas encore été rapporté officiellement.

⁸ *Ibid.*, par. D.

⁹ *Ibid.*

¹⁰ Voir Vernazza, et coll., « Les personnes séropositives ne

souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle », *Bulletin des médecins suisses* 1-2008, p. 165. Le professeur Hirschel, qui a fourni le témoignage d'expert au procès, fut l'un des auteurs de l'énoncé de la Commission suisse. Voir aussi, R. Pearhouse, « Suisse : Énoncé sur la transmission sexuelle du VIH par des personnes suivant un traitement antirétroviral », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 13(1) : 40-41.

¹¹ Ordonnance de la Cour, p. 5/6.

¹² M. Carter, « Conviction for reckless HIV transmission relies on confession and results in one year in jail », *Aidsmap News*, 24 novembre 2008.

¹³ « Accrington man 'knowingly infected girlfriend with HIV' », *Lancashire Telegraph*, 22 novembre 2008; « 'Selfish' man jailed after infecting lover with HIV », *The Sentinel*, 22 novembre 2008.

¹⁴ M. Carter.

¹⁵ « Man jailed for infecting woman with deadly hepatitis during sex », *Cotswold Journal*, 19 novembre 2008; « Two years for hepatitis sex liar », *The Sun*, 19 novembre 2008.

¹⁶ *Ibid.*; « Man jailed for passing on hepatitis B », *The Times*, 19 novembre 2008.

¹⁷ E. Bernard, « UK: Man jailed for two years for sexual hepatitis B transmission — world first? », *Criminal HIV Transmission blog*, 21 novembre 2008, en ligne à <http://criminalhivtransmission.blogspot.com>.

¹⁸ *Policy for Prosecuting Case Involving Intentional or Reckless Sexual Transmission of Infection*, énoncé de politique conçu pour le lectorat général; accessible à www.cps.gov.uk/publications/prosecution/sti.html. Un document juridique plus détaillé, destiné aux procureurs et intervenants et intitulé *Intentional or Reckless Sexual Transmission of Infection*, est accessible à : www.cps.gov.uk/legal/h_to_k/intentional_or_reckless_sexual_transmission_of_infection_guidance/.

¹⁹ Voir *Policy for Prosecuting...* section intitulée « Reckless transmission: Section 20 Offences Against the Person Act 1861 ».

²⁰ Voir *Policy for Prosecuting...* section intitulée « The first stage of the Code test — the evidence ».

²¹ M. Carter, « Concerns over miscarriage of justice after the first UK conviction for transmission of hepatitis B », *Aidsmap News* (en ligne), 21 novembre 2008.

²² « HIV-positive prostitute who accused client of rape jailed in Estonia », *Agence France-Presse*, 11 février 2009.

²³ *Ibid.*

²⁴ D. Amazia, « Man jailed for infecting girl with HIV », *New Vision Online*, 3 décembre 2008.

²⁵ *Ibid.*

²⁶ « UGANDA: Draft HIV bill's good intentions could backfire », *PlusNews* (en ligne), 24 novembre 2008.

En bref

Amérique Latine — Une affaire soulève la question des droits liés à la procréation des femmes séropositives

En février 2009, une femme vivant avec le VIH (désignée « F.S. ») a déposé une plainte contre le Chili devant la Commission interaméricaine des droits de l'Homme, alléguant que le gouvernement ne l'avait pas protégée contre la stérilisation forcée.

La femme, âgée de 27 ans, soutient qu'elle a été stérilisée à un hôpital de l'État immédiatement après son

accouchement. Elle affirme qu'elle a été stérilisée parce qu'elle était séropositive, et qu'elle n'avait jamais discuté de la possibilité d'une stérilisation chirurgicale avec le personnel de l'hôpital, ni consenti à l'intervention.¹

Le Centre for Reproductive Rights et VIVO POSITIVO ont présenté la requête en son nom. La femme avait antérieurement porté plainte contre l'hôpital et intenté une poursuite devant les tribunaux du Chili, mais ni le ministre de la Santé, ni les tribunaux n'avaient conclu à une violation de ses droits.²

Les règlements du Chili exigent un consentement écrit pour toutes les stérilisations. Or VIVO POSITIVO et d'autres ont mené une étude concernant les droits liés à la procréation des femmes vivant avec le VIH et ils ont constaté que des pressions sont exercées auprès de nombreuses femmes séropositives pour les amener à subir la stérilisation, tandis que d'autres femmes ont également été stérilisées sans leur consentement.³

Dans la plainte, les requérants soutiennent que le gouvernement du Chili a violé le droit de F.S. à la protection contre la discrimination ainsi

que son droit de décider combien d'enfants elle aura et à quel rythme, de bénéficier de la protection contre la violence, et d'avoir droit d'accès à la justice.

Les requérants demandent à la Commission de recommander que le Chili reconnaisse les violations des droits de la personne, répare le tort causé à F.S., lui donne une compensation monétaire et adopte des politiques qui garantissent aux femmes vivant avec le VIH la liberté de faire des choix concernant leur santé génésique sans subir de coercition.⁴

Sénégal — Neuf homosexuels arrêtés, jugés coupables et condamnés à des peines sévères

L'homosexualité est encore illégale au Sénégal. Les actes d'homosexualité sont passibles de cinq ans de prison en vertu de l'infraction d'« actes indécents et contre nature ». Cette infraction a récemment servi à faire incarcérer des hommes qui font du travail de prévention du VIH au Sénégal.

À la fin du mois de décembre 2008, la police a fait une descente à la résidence du directeur de AIDES Sénégal, un organisme sans but lucratif voué à l'éducation et au counseling pour la lutte contre le VIH. Neuf hommes ont été arrêtés. La police a saisi des condoms et des lubrifiants à titre d'éléments de preuve.⁵

Les hommes ont tous été déclarés coupables selon l'article 319.3 du code pénal du pays pour « actes indécents et contre nature », et ils ont été condamnés à la peine maximale. Ils ont en outre été accusés et déclarés

coupables d'« association criminelle » et condamnés à trois années d'emprisonnement de plus.⁶

L'ONUSIDA a reproché au Sénégal d'avoir incarcéré les hommes. Le directeur exécutif Michel Sidibé a déclaré : « Rien ne justifie l'homophobie. L'accès universel à la prévention, aux traitements, aux soins et au soutien en lien avec le VIH doit être offert à tous ceux qui en ont besoin au Sénégal — y compris les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. » [trad.]⁷

La Society for AIDS in Africa, l'Internationale AIDS Society, l'International Gay and Lesbian Human Rights Commission, et Human Rights Watch ont également critiqué la décision.⁸ Les critiques n'ont pas tardé à signaler que les arrestations ont eu lieu quelques semaines seulement après la tenue au Sénégal de la Conférence internationale sur le SIDA et les MTS en Afrique, au cours de laquelle on a abordé les besoins des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes en Afrique.

Les peines ont été portées en appel.⁹

Voir la section Développements internationaux du présent numéro pour d'autres détails sur cette affaire.

Mise à jour — Fin de la période pour porter appel dans l'affaire Rath

Comme nous l'avions rapporté dans le numéro 13(2/3) de la *Revue VIH/sida, droit et politiques*, en juin 2008 la High Court of South Africa a prononcé un jugement contre un fabricant de vitamines, Matthias

Rath, la Rath Foundation et le gouvernement d'Afrique du Sud dans une affaire concernant des traitements « alternatifs » commercialisés pour le traitement du VIH/sida.¹⁰

Postérieurement au jugement, Matthias Rath a obtenu la permission d'appeler. Cependant, Rath n'a pas déposé tous les documents de procédure à temps. Le processus judiciaire est par conséquent terminé et l'ordonnance de la cour est définitive.¹¹

Parallèlement, le Treatment Action Campaign (TAC) rapporte avoir reçu une lettre du docteur J. Gouws, du Department of Health's Law Inspectorate, indiquant que le ministère a entrepris des enquêtes sur Matthias Rath et la Rath Foundation pour vérifier qu'ils respectent l'ordonnance du tribunal. La lettre indique que les services de police sud-africains à Durban font enquête et que des procédures criminelles pourraient être intentées.¹²

Le TAC, qui s'est réjoui de cette nouvelle, a déclaré :

Vaincre le charlatanisme après l'ère de négation du sida endossée par l'État constitue un formidable défi, mais en prenant des mesures contre Rath, le ministère de la Santé envoie le bon message à d'autres charlatans. C'est un premier pas fort important.

Nous espérons qu'un mandat d'arrestation sera bientôt décerné contre Rath. Bien qu'il soit peu probable qu'il soit exécuté, parce que Rath a quitté l'Afrique du Sud, il aura une valeur symbolique importante dans la conclusion de cette tragédie, qui a coûté la vie directement à plusieurs des patients de Rath et indirectement à de nombreuses autres personnes qui ont été trompées par les faux messages de Rath, soutenus par l'ex-ministre de la Santé Tshabalala-Msimang.¹³ [trad.]

¹ VIVO POSITIVO et Centre for Reproductive Rights, « Forcibly sterilized woman files international case against Chile », communiqué de presse, New York, 3 février 2009; A. Castellanos, « Chilean woman living with HIV sterilized without consent », RHRealityCheck.org (en ligne), 19 février 2009.

² A. Castellanos.

³ *Ibid.*

⁴ VIVO POSITIVO.

⁵ M. Carter, « Leading human rights organisation calls for release of HIV workers in Senegal », *Aidsmap News* (en

ligne), 12 janvier 2009; L. Polgreen, « 9 in Senegal to be jailed for 8 years », *The New York Times*, 9 janvier 2009, p. 5.

⁶ *Ibid.*

⁷ « UNAIDS deplores Senegal's jailing of gay men », *YAHOO! News*, 15 janvier 2009.

⁸ « Shock at Senegal gay jail terms », *BBC News* (en ligne), 8 janvier 2009; M. Carter; et Society for AIDS in Africa and International AIDS Society, « Public health leaders call on Government of Senegal to release 9 men imprisoned for eight years based on their sexual orientation » (joint statement), communiqué de presse, Abuja/Genève, 12

janvier 2009.

⁹ F. Thompson, « Activists express concern over sentencing of gay men in Senegal », *VOA News*, 15 janvier 2009.

¹⁰ A. Symington, « Un tribunal d'Afrique du Sud interdit la promotion de traitements à base de vitamines, contre le sida », *Revue juridique VIH/sida, droit et politiques*, 13 (2/3) (2008) : 47–48.

¹¹ Treatment Action Campaign, « End of the Matthias Rath affair? », 16 mars 2009, en ligne via www.tac.org.za/.

¹² *Ibid.*

¹³ *Ibid.*