

Soumission auprès du Rapporteur spécial sur le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible

13 novembre 2018

La pandémie du VIH/sida est la première épidémie mondiale à survenir dans l'ère moderne des droits de la personne. Ainsi, la lutte au VIH/sida a introduit un nouveau paradigme en santé publique en vertu duquel le respect des droits de la personne est un élément clé des stratégies de prévention.

En 2006, la Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le VIH/sida (COCQ-SIDA), le regroupement provincial d'organismes communautaires impliqués dans la lutte contre le VIH/sida, a adopté une approche basée sur les droits de la personne afin d'orienter le développement stratégique de ses activités. Ce faisant, chaque étape de son travail (planification, mise en œuvre, évaluation, etc.) repose sur le respect, la protection et la mise en œuvre des droits de la personne, en accordant une attention particulière à la lutte contre la discrimination ainsi qu'aux besoins des personnes les plus vulnérables.

Pour la COCQ-SIDA, l'approche basée sur les droits est d'abord le reflet d'une vision humaniste de la personne dans son environnement. Le droit à la santé, tout comme la dignité humaine et le droit à la vie, en constituent le noyau dur.

En ce sens, la COCQ-SIDA se réjouit d'avoir l'opportunité de s'entretenir avec M. Dainius Pūras, Rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, dans le cadre de sa visite au Canada. La soumission de la COCQ-SIDA portera plus spécifiquement sur les problèmes dans l'accès aux soins de santé de base pour certaines populations vulnérables auprès desquelles œuvrent ses membres.

Le présent document se veut un supplément à notre présentation orale du 13 novembre 2018, laquelle porte principalement sur les problèmes et obstacles dans l'accès aux soins de santé pour les personnes vivant avec le VIH (PVVIH), les travailleuses et travailleurs du sexe, les personnes utilisatrices de drogues par injection, les personnes incarcérées et autres personnes à risque d'être exposées au VIH. Parmi ces obstacles, mentionnons : la criminalisation, la discrimination, la stigmatisation, l'absence et/ou l'éloignement des services de prévention, de soutien, de santé ou de réduction des risques.

1. Les entraves à l'accès aux soins de santé pour les PVVIH

Stigmatisation et discrimination font toujours partie du quotidien des PVVIH, et prennent plusieurs formes. Bien que la science entourant le VIH ait énormément évolué au cours des dernières décennies, changeant ainsi la réalité médicale de cette maladie, les PVVIH font toujours face à une stigmatisation tenace et à des cas de discrimination dans différentes sphères de leur vie, notamment dans l'accès aux soins.

1.1 La criminalisation du VIH décourage l'accès aux services de santé, y compris les services de dépistage, et nuit conséquemment aux efforts de santé publique¹.

Au Canada, une personne vivant avec le VIH (PVVIH) qui ne divulgue pas son statut sérologique à son-sa partenaire avant une relation sexuelle comportant « une possibilité réaliste de transmission du VIH » est à risque d'être poursuivie en vertu du Code criminel et ce, peu importe qu'il y ait eu intention ou non de transmettre le VIH, et peu importe qu'il y ait eu transmission ou non du virus.

Le critère de la « possibilité réaliste de transmission » a été édicté par la Cour suprême du Canada. Dans deux (2) arrêts rendus en octobre 2012, la Cour a jugé que les PVVIH devaient divulguer leur statut sérologique avant un rapport sexuel comportant une « possibilité réaliste de transmission du VIH »². Le seul rapport sexuel pour lequel la Cour a clairement indiqué qu'il n'y aurait pas de « possibilité réaliste de transmission » est la pénétration vaginale lorsqu'un condom est utilisé et que la PVVIH a une charge virale faible ou indétectable.

Ainsi, malgré que la science démontre que les antirétroviraux permettent de réduire de façon drastique les risques de transmission du VIH en diminuant la charge virale, malgré qu'il soit aujourd'hui clair qu'une personne maintenant une charge virale indétectable ne peut pas transmettre le virus, et malgré qu'il soit connu que le condom est à lui seul efficace pour empêcher la transmission du VIH lorsqu'il est correctement utilisé, la Cour suprême considère que le port du condom ou une charge virale faible ou indétectable ne suffit pas et exige que les deux (2) conditions soient réunies.

Il faut noter que le Canada est l'un des pays où le nombre de poursuites criminelles fondées sur la non-divulgateion du statut sérologique est le plus élevé dans le monde, avec les États-Unis, la Russie, la Biélorussie et l'Ukraine³. Les PVVIH sont généralement accusées de crimes graves, notamment (et de plus en plus fréquemment) d'agression sexuelle grave. Les personnes

¹ Pour mieux comprendre la position de la COCQ-SIDA sur la criminalisation et en savoir plus sur ses impacts sur le droit à la santé : COCQ-SIDA. « Position de la COCQ-SIDA sur la criminalisation du VIH ». <https://www.cocqsida.com/assets/files/mediatheque/Position%20politique%20de%20la%20COCQ%20SI%20sur%20la%20criminalisation%20de%20l'exposition%20au%20VIH.pdf>

² *R.c. Mabior*, 2012 SCC 47 ; *R.c. D.C.*, 2012 SCC 48

³ E.J. Bernard. « Global trends in HIV criminalisation: Overview, analysis and country ranking », HIV Justice Network, 2018.

condamnées reçoivent généralement une peine de prison et sont souvent inscrites sur le registre des délinquants sexuels.

La COCQ-SIDA considère que le recours au droit criminel accentue la stigmatisation et la discrimination dont sont victimes les PVVIH, et **peut décourager les personnes de se faire tester ou traiter par peur de poursuites judiciaires**. Les personnes qui, par crainte que leur historique médical soit utilisé contre elles advenant d'éventuelles poursuites, ne se font pas tester ne pourront pas bénéficier des services de soins, de traitement, et de soutien qui pourraient leur être nécessaires pour préserver leur santé.

En matière de prévention, cette réticence a des conséquences néfastes sur le dépistage et le traitement, qui sont deux éléments essentiels dans la prévention du VIH « parce que les personnes diagnostiquées séropositives changent en général de comportement de façon à éviter de transmettre le virus, et parce que la prise d'un traitement antirétroviral réduit la contagiosité et donc la probabilité de la transmission du VIH à des tiers.⁴»

Lorsque dominant la peur, la stigmatisation et la discrimination, « il arrive que les gens choisissent de prétendre ignorer l'éventualité qu'ils soient déjà infectés par le VIH ou qu'ils puissent le devenir, même lorsqu'ils savent qu'ils ont pris des risques.⁵ ». Cela est d'autant plus vrai au Canada puisqu'une personne qui ne connaît pas son statut sérologique ne peut pas être accusée au criminel de ne pas l'avoir divulgué. Cette ignorance volontaire aura pour effet d'accélérer la progression de l'infection et d'accroître le risque de transmission du VIH à d'autres personnes.

La criminalisation contribue également à **éloigner les PVVIH du réseau de la santé et des services sociaux**, ce qui représente une entrave dans l'accès aux soins pour ces personnes. Une étude publiée en 2015 sur l'impact de la criminalisation de la non-divulgence du VIH sur l'engagement des femmes séropositives dans le parcours de soins (dépistage et diagnostic, rétention dans les soins, observance du traitement) au Canada a démontré que la criminalisation pouvait effectivement créer des obstacles à la participation et à la rétention dans la cascade de soins du VIH⁶.

“The expansion of HIV testing to identify the undiagnosed population living with HIV and reach ambitious 90-90-90 UNAIDS treatment targets is a national public health priority. The literature reviewed here offers some evidence that HIV criminalization may introduce an additional structural

⁴ ONUSIDA, *Politique générale sur la criminalisation de la transmission du VIH*, 2008, p.4, 5.

⁵ ONUSIDA, *Aide-mémoire - Stigmatisation et discrimination*, 2003

⁶ Patterson SE et al. *Journal of the International AIDS Society* 2015, 18:20572
<http://www.jiasociety.org/index.php/jias/article/view/20572> [Patterson]

level barrier to HIV “testing for some individuals, possibly those who anticipate a positive result.”⁷

Lors de poursuites criminelles, certains éléments contenus au dossier médical de la PVVIH peuvent être soumis en preuve. La confidentialité qui prévaut entre le médecin traitant et son patient est, dans le contexte de poursuites criminelles, souvent entravée afin de recueillir des éléments de preuve.

“Canadian studies suggest that non-disclosure prosecutions can prompt individuals to question the limits of confidentiality in a healthcare setting, resulting in reluctance to engage in open dialogues during clinical consultations, and representing a barrier to linkage and retention in HIV care services. In self-administered anonymous surveys among 721 MSM (85% HIV-negative) in Ottawa in 2012, 15% of the participants reported that non-disclosure prosecutions made them afraid to discuss health concerns with healthcare providers.”⁸

Cette perspective d’incursion dans leur historique médical dissuade les PVVIH de parler ouvertement de leurs comportements à risque et de leurs pratiques en matière de divulgation avec les professionnels de la santé et autres intervenant·e·s susceptibles de les conseiller et de les accompagner dans une démarche de réduction des risques. Plusieurs PVVIH ont exprimé leur crainte que cette information ne soit utilisée contre elles dans le cadre d’une affaire criminelle. **La criminalisation repousse donc des personnes dans la « clandestinité » et réduit leur volonté de recourir à des services de santé⁹.**

Finalement, il faut noter que la criminalisation a un impact néfaste sur l’accès aux soins préventifs d’urgence. En effet, elle peut dissuader les individus de dévoiler leur statut sérologique en cas de bris de condom ou autre exposition accidentelle au VIH, par crainte de poursuites criminelles. Ceci a pour effet de limiter l’accès à la prophylaxie post-exposition pour la personne qui serait exposée au VIH.

RECOMMANDATION(S) : Tout comme l’ONUSIDA, la COCQ-SIDA considère que des poursuites criminelles ne devraient être engagées que dans des cas très exceptionnels de transmission intentionnelle et réelle du VIH et que le recours au droit criminel doit être évité dans toute autre circonstance. Comme l’ONUSIDA, la COCQ-SIDA considère aussi que toute réponse ou action prise relativement à l’épidémie du VIH/sida doit se fonder sur les meilleures données

⁷ *Ibid*, p. 4

⁸ Patterson, *supra* note 6, p. 5

⁹ E. Mykhalovskiy, “The problem of “significant risk”: Exploring the public health impact of criminalizing HIV non-disclosure,” *Soc Sci & Med* 2011; HIV Non-Disclosure and the Criminal Law (Aug 2010); O’Byrne et al., “Non disclosure Prosecutions and HIV Prevention: results from an Ottawa-Base Gay men’s sex survey”, 2012

scientifiques disponibles et avoir comme objectif principal la santé de la population et la santé de chaque individu.

Tant que l'état du droit au Canada ne changera pas, celui-ci aura des impacts néfastes sur le droit à la santé. Limiter le recours au droit criminel permettra :

- a) D'appuyer le message de santé publique qui vise à renforcer la responsabilisation de chacun face à sa propre santé sexuelle ;
- b) D'encourager les personnes à subir des tests de dépistages et de façon générale, à avoir recours aux services de traitement, de soins et de soutien en matière de VIH ;
- c) D'encourager les personnes à dévoiler leur statut sérologique à leur partenaire en cas de bris de condom et ainsi de leur permettre l'accès à la prophylaxie post-exposition ;
- d) De lutter contre la stigmatisation et la discrimination dont sont l'objet les PVVIH et donc de créer un environnement de vie plus propice au dévoilement et à l'accès aux soins;

1.2 La discrimination basée sur la nature de l'infection constitue toujours un obstacle à l'accès aux soins de santé de base pour les PVVIH.

La criminalisation doit être comprise comme découlant du stigma entourant le VIH, et son impact sur le droit à la santé et à l'accès aux soins de santé une conséquence indirecte. Or, la discrimination frappe trop souvent de plein fouet, dès lors qu'une PVVIH souhaite obtenir des soins. En matière de soins de santé, la discrimination peut se manifester de différentes façons; elle se situe sur un continuum entre le refus de soins, le traitement différentiel non fondé ou un simple manque de savoir-faire de la part du professionnel de la santé.

Différentes études canadiennes et américaines se sont spécifiquement penchées sur l'accès aux soins dentaires pour les PVVIH depuis le début de l'épidémie. Ces études ont rapporté des cas de discrimination et ont cherché à en expliquer les raisons. La COCQ-SIDA a elle-même procédé à une étude sur l'accès aux soins dentaires pour les PVVIH en 2012¹⁰. La collecte des données s'est échelonnée entre 2010 et 2011 et s'est effectuée en deux (2) volets : un sondage auprès des PVVIH, et une enquête téléphonique auprès de cliniques dentaires à travers la province. Au total, 189 personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ont rempli un questionnaire à propos de leur expérience chez le dentiste. De plus, 769 cliniques dentaires ont été contactées par téléphone pour évaluer si elles acceptaient de donner un rendez-vous à un nouveau patient se présentant comme étant séropositif au VIH.

Les résultats compilés de l'étude menée par la COCQ-SIDA témoignent de l'existence de cas de discrimination dans l'accès aux soins dentaires, d'une méconnaissance de la maladie, ainsi que d'attitudes négatives vis-à-vis des PVVIH au sein de certaines cliniques dentaires. Dans 14%

¹⁰ COCQ-SIDA. « Rapport d'enquête sur les soins dentaires », mai 2012.
http://www.cocgsida.com/assets/files/2.dossiers/Vers%20un%20acc%C3%A8s%20aux%20soins%20dentaires%20sans%20discrimination%20pour%20les%20PVVIH_mai%202012.pdf

des cas, la réponse donnée par les cliniques suggérait que la personne serait traitée différemment en raison de son statut sérologique, le plus souvent par l'offre d'un rendez-vous en fin de journée ou carrément par un refus de traitement¹¹. L'offre d'un rendez-vous en fin de journée, comme dernier-ère client-e, se classe au premier rang des cas où la PVVIH est traitée différemment d'un-e autre client-e (48%). De plus, 4,3% des cliniques dentaires contactées ont carrément refusé de donner un rendez-vous à un-e nouveau-llle patient-e se présentant comme étant séropositif-ve au VIH¹².

Les résultats ont aussi mis de l'avant, chez une proportion significative de PVVIH, une crainte d'être discriminés dans l'accès aux soins dentaires, ainsi qu'un inconfort face à la problématique du dévoilement du statut sérologique aux professionnel-le-s de la santé dentaire. Près de 20% des PVVIH ayant rempli le questionnaire ont indiqué avoir déjà eu de la difficulté à trouver un-e dentiste, notamment parce que le ou la dentiste avait refusé de les traiter en raison de leur statut sérologique. De plus, 13% des PVVIH ayant rempli le questionnaire ont indiqué qu'on avait déjà exigé d'elles qu'elles prennent leur rendez-vous en fin de journée.

Bien que la majorité des PVVIH ayant rempli le sondage ont indiqué que leurs visites chez le dentiste se déroulent généralement bien, un nombre significatif d'entre elles a indiqué craindre d'être traité différemment par le ou la dentiste (21%), être mal à l'aise de remplir un formulaire demandant de préciser leur statut sérologique (21%) et être mal à l'aise du fait que celui-ci soit consigné au dossier (19%)¹³. Plus de 19% ont indiqué ne pas dévoiler leur statut sérologique au dentiste, et les résultats suggèrent que **c'est par crainte de faire face à un bris de confidentialité, d'être jugées ou encore discriminées que certaines PVVIH décident de ne pas dévoiler leur statut sérologique**¹⁴.

Or, au Québec, la *Charte des droits et libertés de la personne* interdit la discrimination basée sur le handicap, notion qui, au sens de la loi, inclut le statut sérologique au VIH d'une personne. Il est donc illégal de traiter différemment une personne et d'ainsi compromettre son droit à l'égalité – et à la santé – en raison de son statut sérologique. Il est par exemple interdit d'empêcher une personne d'obtenir un service offert au public, tel que les soins dentaires, en raison de son statut sérologique.

De plus, le *Code de déontologie des dentistes* indique spécifiquement qu'un-e dentiste ne peut refuser de fournir des services professionnels à un-e patient-e pour des raisons reliées à la nature de sa maladie.

Les refus de traitement sont donc illégaux et ne devraient pas avoir lieu, quelle que soit leur fréquence. Les différences de traitement non justifiées le sont également. Ils sont d'autant plus inacceptables de nos jours vu l'existence des mesures de précautions universelles et l'état des

¹¹ *Ibid*, p.10

¹² *Ibid*, p.11

¹³ *Ibid*, p.8

¹⁴ *Ibid*, p.9

connaissances scientifiques sur le VIH et des modes et risques de transmission. À ce sujet, précisons qu'une enquête californienne¹⁵ souligne, en se basant sur plusieurs études, que la formation spécifique sur le VIH/sida peut avoir un impact considérable sur les attitudes des professionnel-le-s de la santé envers les PVVIH et leur disposition à les traiter.

RECOMMANDATION(s) : Les programmes de formation des professionnel-le-s du milieu de la santé devraient prévoir une formation spécifique sur le VIH/sida, et ce, afin d'améliorer l'attitude du personnel traitant par rapport au VIH et diminuer les barrières dans l'accès aux soins de santé de base des PVVIH. Des mises à jour sur la science du VIH devraient être offertes dans les programmes de formation continue pour les professionnel-le-s qui sont déjà sur le marché du travail, et ce, afin qu'ils ajustent leurs pratiques. Une meilleure connaissance de la maladie permettrait de diminuer les préjugés et les craintes à l'égard des PVVIH pour qu'elles puissent enfin bénéficier de soins de santé libres de toute forme de discrimination.

1.3 L'éloignement des centres urbains est une entrave au droit à la santé des PVVIH

Pour les PVVIH qui n'habitent pas dans un centre urbain, l'accès aux soins spécialisés peut être complexe. Cette complexité ne s'explique pas seulement par la distance, elle peut également être étudiée sous l'angle de la stigmatisation à l'égard des PVVIH.

Premièrement, **l'indisponibilité de médecins spécialistes en région** (ou en dehors des centres urbains) nuit à l'accès aux soins de santé pour les PVVIH. En effet, rares sont les professionnel-le-s de la santé spécialisé-e-s, soit en traitement du VIH, soit dans des domaines connexes, qui pratiquent dans les régions éloignées. Bien que la majorité des PVVIH vivent dans les villes, d'autres pourtant vivent en dehors des grands centres urbains. Il existe certes des programmes de mentorat entre spécialistes et médecins généralistes pour soutenir ces derniers dans leur travail avec leurs patient-e-s séropositifs-ves, mais ce soutien à distance n'est pas la panacée. Ainsi, ces patient-e-s ont fréquemment à se déplacer, souvent sur des distances importantes, afin d'avoir un suivi médical (examens spécialisés, tests spécifiques, etc.) adéquat. Ces déplacements ne leur sont pas remboursés par la suite. L'éloignement met donc en jeu l'engagement de ces PVVIH dans la cascade des soins.

La concentration des services spécialisés dans les centres urbains crée aussi une iniquité dans les soins de santé reçus. Par exemple, alors que les tests diagnostiques d'une PVVIH traitée en centre urbain seront envoyés directement au laboratoire, ceux d'une PVVIH en région éloignée devront être congelés avant d'être acheminés au laboratoire. Ces manipulations supplémentaires augmentent les risques qu'un échantillonnage soit égaré ou moins fiable.

Deuxièmement, **la crainte des bris de confidentialité pousse certaines PVVIH à consulter des médecins en dehors de leur ville.** La stigmatisation persistante à l'égard des PVVIH alimente la peur de celles-ci à l'égard des bris de confidentialité sur leur statut sérologique. Cela est d'autant plus vrai pour les PVVIH qui habitent dans des régions peu peuplées où les services

¹⁵ (Sears et coll., 2011).

sont limités. Le nombre restreint de cliniques augmente les chances qu'une personne y côtoie des connaissances ou encore, qu'un proche y travaille.

Conséquemment, pour les PVVIH qui souhaitent préserver la confidentialité de leur statut sérologique, la crainte que cette information personnelle se propage ou tombe entre les mains d'une personne qui les connaît est décuplée. Plusieurs optent donc pour un suivi médical dans une autre ville ou une autre région, contribuant ainsi à l'éloignement des soins de santé. Sans oublier les coûts additionnels que ces déplacements leur causent et pour lesquels ils ne sont pas remboursés.

RECOMMANDATIONS : Afin d'atténuer les conséquences de l'éloignement sur les PVVIH qui habitent en dehors des centres urbains, il est nécessaire que les programmes de mentorat soient maintenus, voire améliorés. Dans le même ordre d'idées, il serait intéressant d'améliorer le système de « visites médicales » qu'offrent certains spécialistes dans des régions éloignées spécifiques. Ce programme existe et fonctionne plutôt bien malgré une mise en place assez restreinte. Il faudrait que ce dernier soit plus systématique et mieux encadré.

L'État devrait également mettre sur pied des structures et/ou des services qui sont mieux adaptés aux défis et enjeux de la confidentialité à l'extérieur des grands centres. Cela débute, notamment, par un rappel et un renforcement des obligations de confidentialité qui incombent aux professionnel·le·s de la santé et au personnel en établissement.

Il serait également intéressant que les déplacements nécessaires aux soins de santé soient remboursés par le régime public afin d'atténuer l'impact financier de ceux-ci et maintenir l'engagement des PVVIH dans le protocole de soins, sans égard à ses ressources financières ou ses capacités de déplacement.

2. Les entraves au droit à la santé des travailleuses et travailleurs du sexe et autres populations vulnérables

Outre les PVVIH, les travailleuses et travailleurs du sexe et les personnes utilisatrices de drogues par injection sont également des populations dites vulnérables qui voient leur accès aux soins de santé entravé pour diverses raisons, lesquelles demeurent, pour la plupart, ancrées dans la stigmatisation et les préjugés. Or, ces populations sont parmi les plus exposées au risque de VIH, et toutes lois, croyances ou pratiques qui criminalisent et/ou déshumanisent ces populations les rendent plus vulnérables et les éloignent des services de lutte contre le VIH, de réduction des risques et de santé¹⁶.

¹⁶ Commission mondiale sur le VIH et le droit. « Les chiffres sur le VIH et le droit : Risques, droits et santé », 2012. https://drive.google.com/file/d/1K_FhKYeCx3F4DCMYslsnxlnT8viKxLzr/view

2.1 La criminalisation de certains aspects du travail du sexe, ainsi que la stigmatisation qui en découle, décourage l'accès aux services de santé et nuit à la santé des travailleuses et travailleurs du sexe

En 2013, la Cour suprême du Canada a invalidé trois (3) dispositions du Code criminel qui criminalisaient diverses activités liées à la prostitution. En réponse à cette invalidation, le gouvernement du Canada a, en 2014, adopté la *Loi sur la protection des collectivités et des personnes victimes d'exploitation*, laquelle s'inspire du « modèle nordique » à l'égard de la prostitution. La nouvelle loi rend donc illégal l'achat de services sexuels, mais pas leur vente. L'approche canadienne à l'égard de la prostitution en est donc encore une de « criminalisation », mais c'est aujourd'hui les clients – plutôt que les travailleuses et travailleurs du sexe – qui sont à risque d'être criminalisés.

Or, depuis l'adoption de ce modèle et de ces nouvelles dispositions, les violations des droits de la personne à l'égard des travailleuses et travailleurs du sexe ont augmenté. Quelque soit sa forme, la criminalisation du travail du sexe entre en conflit avec le droit des travailleuses et travailleurs à la santé, à la vie, à la sécurité de sa personne, à la vie privée, au travail, à l'égalité et à la protection contre les traitements inhumains et dégradants¹⁷.

Par exemple, la disposition 286.1(1) rend désormais criminel l'achat de services sexuels, visant ainsi les clients plutôt que les travailleuses et travailleurs du sexe. Les peines sont sévères : outre l'emprisonnement, les condamnés peuvent aussi faire face à des accusations plus graves pour des actes commis dans des lieux publics. Conséquemment, **plus de transactions se concluent et s'effectuent dans des lieux sombres et éloignés, où les travailleuses et travailleurs se retrouvent vulnérables et isolé-e-s**. Puisque les clients prennent des risques, ceux-ci se croient également en droit d'exiger des pratiques plus à risque, notamment des relations sexuelles sans condom. En outre, les négociations avec les clients potentiels sont précipitées afin d'éviter l'intervention des policiers. La criminalisation de l'achat de services sexuels crée également une rareté des clients et donc, une précarité des travailleuses et travailleurs qui sont ainsi plus susceptibles d'accepter des clients ou des pratiques qu'elles ou qu'ils n'accepteraient si elles ou ils avaient la pleine autonomie de choix.

Plusieurs études ont ainsi conclu que la criminalisation de l'achat de services sexuels alimente la violence à l'égard des travailleuses et travailleurs du sexe. En repoussant les transactions dans des endroits isolés, **la nouvelle loi alimente aussi l'éloignement des travailleuses et travailleurs du sexe de certains services** tels que des organismes communautaires, des hébergements d'urgence, des centres de jour, des cliniques de méthadone, des cliniques médicales et des programmes de distribution de matériel d'injection. Les travailleuses et travailleurs du sexe doivent donc choisir entre s'éloigner de ces services ou mettre en jeu leur revenu¹⁸. En outre, le

¹⁷ M. Decker et al., "Human rights violations against sex workers: burden and effect on HIV," *Lancet* 385:9963 (2015): pp. 186–199.

¹⁸ Alliance canadienne pour la réforme des lois sur le travail du sexe. « La décriminalisation et l'atteinte des objectifs de santé publique », 2014, p.2

fait qu'il soit désormais criminel pour les tiers de tirer profit de la **prostitution force l'isolement des travailleuses et travailleurs du sexe et les tient à l'écart des réseaux de soutien, lesquels facilitent habituellement leur accès aux soins de santé et de prévention**¹⁹.

Bien que le travail du sexe ne soit plus, en soi, illégal, la criminalisation de certains de ses aspects (criminalisation de l'obtention de services sexuels moyennant rétribution, de l'obtention de bénéfices matériels provenant de la prestation de services sexuels, de la publicité de services sexuels, par exemple) peut créer des **barrières dans l'accès aux soins pour les travailleuses et travailleurs du sexe, notamment aux services de dépistage du VIH et d'autres ITSS, aux traitements appropriés et aux services de soutien**. Les travailleuses et travailleurs du sexe peuvent craindre que la divulgation de leur occupation aux professionnels de la santé et des services sociaux ne résulte en un signalement aux autorités, risquant de mettre en jeu leur famille et leur source de revenus, notamment²⁰.

« La stigmatisation (et ainsi la peur du dévoilement de leur statut de travailleuse du sexe), l'isolement social, le déplacement forcé et les barrières de langue sont les obstacles les plus importants à l'accès aux soins de santé pour les travailleuses du sexe. Ces obstacles ont des répercussions particulièrement sévères pour les travailleuses du sexe qui luttent contre des discriminations multiples, qui sont plus susceptibles d'avoir besoin d'accéder à de tels services ou encore qui font face à des barrières préexistantes pour y accéder.²¹»

Les lois qui criminalisent le travail du sexe ou certains aspects du travail du sexe renforcent la stigmatisation à l'égard des travailleuses et travailleurs et la discrimination dont elles sont victimes²². Bien que les impacts du stigma, de la discrimination et de la criminalisation seront différents pour les travailleuses et travailleurs du sexe selon leur genre, leur âge, leur orientation sexuelle, leur statut socioéconomique, leur classe sociale, leur état de santé global, et selon qu'il s'agisse d'une personne racisée, d'une personne utilisatrice de drogues, ou s'il s'agit d'un·e membre des Premières Nations, les travailleuses et travailleurs du sexe demeurent stigmatisé·e·s et discriminé·e·s sur la base de leur travail, par la population générale, les professionnels de la santé et les services policiers.

Ainsi, il est bien documenté que **la stigmatisation et la discrimination nuisent voire bloquent l'accès aux soins de santé et aux services sociaux**²³, augmentent les risques de contracter le

¹⁹ Réseau juridique canadien VIH/sida. «Submission to the United Nations Human Rights Council Universal Periodic Review Working Group: Third Universal Periodic Review of Canada», p. 3

²⁰ *Ibid.*

²¹ *Ibid.*

²² COCQ-SIDA. « Position de la COCQ-SIDA sur la décriminalisation totale du travail du sexe », juin 2017., p.2-3

²³ World Health Organization (2015). *HIV and young transgender people: a technical brief*. Repéré à http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179866/1/WHO_HIV_2015.9_eng.pdf

VIH et autres ITSS, et contribuent au faible taux de dénonciation de la violence aux services de police. Cette marginalisation a des effets néfastes sur la santé physique et mentale des travailleurs-euses du sexe, tout en constituant des barrières au soutien social et aux soins de santé dont ils-elles ont besoin²⁴. L'adoption de la nouvelle loi en 2014, plutôt que d'améliorer la santé et la sécurité des travailleurs-euses au Canada, a donc eu l'effet inverse.

RECOMMANDATION(s) : Dans l'optique d'améliorer le droit à la santé des travailleurs-euses du sexe, notamment leur accès aux soins de santé, la COCQ-SIDA milite pour une décriminalisation totale de tous les aspects du travail du sexe.

La décriminalisation aurait également un impact positif sur la prévention du VIH et des autres ITSS chez les travailleurs-euses du sexe, notamment en assurant : un environnement de travail plus sécuritaire avec moins de risque de violence; la liberté de négocier le port du condom et tous les autres aspects du travail du sexe; une amélioration de l'accès aux services de santé et de la qualité des soins reçus²⁵.

La COCQ-SIDA revendique également²⁶ :

- a) Qu'une distinction soit faite entre le travail du sexe, la traite d'êtres humains et l'exploitation sexuelle. Les interventions et les mesures de protection doivent être adaptées en fonction des différentes réalités.
- b) Que les droits fondamentaux des travailleurs et travailleuses du sexe, dont celui à la santé et à la sécurité, soient respectés. Le Canada se doit de respecter ses engagements en conformité aux ententes et traités internationaux sur les droits humains. Le plus grand obstacle à l'accès à l'information, aux services de santé et aux outils de prévention pour les travailleuses et travailleurs du sexe est la criminalisation du travail du sexe. Ce respect des droits implique un rejet du profilage social et une redéfinition des relations avec les agent-e-s de loi.
- c) Que les organismes communautaires travaillant avec les travailleuses et travailleurs du sexe reçoivent le financement nécessaire (ressources humaines, matérielles et financières). Que les organismes communautaires qui ne le font pas déjà, et que les autres types d'organismes adoptent le principe du « rien sur nous sans nous » et impliquent des travailleuses et travailleurs du sexe dans la prise de décision et l'élaboration de programmes les concernant. Que l'accès à tous les moyens de prévention reconnus efficaces soit facilité et que le financement des services de distribution de matériel soit maintenu.

²⁴ *Ibid.*

²⁵ COCQ-SIDA. « Position de la COCQ-SIDA sur la décriminalisation totale du travail du sexe », juin 2017., p.5

²⁶ *Ibid*, p. 6

d) Que les recherches menées émanent des besoins identifiés par les travailleuses et travailleurs du sexe et représentent les différentes réalités, notamment celles des travailleuses et travailleurs qui sont actuellement sous-représenté-e-s dans les études (ex.: personnes trans, hommes cisgenres, personnes travaillant ailleurs que dans la rue). Que les recherches menées tiennent compte de la diversité et de l'hétérogénéité des travailleuses et travailleurs du sexe, ainsi que l'intersection des niveaux de discrimination.

2.2 La criminalisation des drogues et le stigma entourant les personnes utilisatrices de drogues nuit à leur accès aux soins de santé

En rendant disponible du matériel d'injection stérile aux personnes utilisatrices de drogues par injection, l'approche de réduction des risques et des méfaits améliore de manière significative la qualité de vie de ces personnes.

S'inscrivant dans cette approche, l'apparition récente des premiers sites d'injection supervisée (SIS) au Québec doit être saluée. Ces sites permettent aux personnes utilisatrices de drogues par injection de consommer dans un environnement sécuritaire, dans de bonnes conditions d'hygiène et sous la supervision de personnel qualifié²⁷. La Cour suprême du Canada a d'ailleurs conclu, en 2011, que la présence de SIS contribue à sauver des vies sans provoquer une hausse des méfaits liés à la consommation de drogues par injection et à la criminalité dans les environs des sites²⁸.

La COCQ-SIDA salue également la diminution récente du nombre de critères devant être pris en compte pour déterminer si une exemption doit être accordée à un SIS, passant de 26 à 5, facilitant ainsi la délivrance d'une exemption et l'implantation de SIS dans la province. De deux (2) SIS au Canada en 2016, il y en a désormais plus d'une vingtaine à travers le pays. **Les SIS sont une approche adaptée aux besoins des utilisateur-ric-e-s de drogues par injection, lequel-le-s sont souvent marginalisé-e-s et peu rejoint-e-s par le réseau de la santé, mais leur nombre – et leurs pouvoirs – sont limités.** Ils ne constituent qu'une brèche dans une politique canadienne de contrôle des drogues autrement féroce. En effet, les exemptions permettant la mise sur pied de SIS ne sont nécessaires que parce que la criminalisation de certaines drogues, même pour usage personnel, demeure.

Or, l'approche coercitive, punitive et répressive du Canada à l'égard de la plupart des drogues compromet les besoins de santé des personnes aux prises avec des problèmes de consommation. La criminalisation de la possession ou de la consommation personnelle de la plupart des drogues, notamment par le recours à des sentences minimales obligatoires, fait fi des engagements antérieurs du Canada en matière de lutte contre la discrimination raciale, d'incarcération des personnes issues des communautés autochtones et de droit à la santé pour

²⁷ <https://santemontreal.gc.ca/sis/>

²⁸ *Canada (Attorney General) v. PHS Community Services Society*, 2011 SCC 44, [2011] 3 S.C.R. 134

les personnes utilisatrices de drogues. Elle fait également fi des recommandations internationales en la matière²⁹.

Plutôt que de maintenir une approche prohibitive et punitive, le Canada devrait élaborer des politiques de contrôle des drogues qui sont appuyées par des données scientifiques solides, gardant en tête qu'il s'agit d'une question de santé publique.

RECOMMANDATION(S) : Dans l'optique de conférer aux personnes utilisatrices de drogues la pleine jouissance de leurs droits, notamment celui à la santé et celui à l'accès à des soins de santé de base, le Canada devrait :

- Assurer l'accès aux services de santé et services sociaux appropriés (incluant les mesures de réduction des méfaits), notamment en facilitant la délivrance d'exemptions pour la création de nouveaux sites d'injection supervisée. Le Canada devrait envisager de conférer aux organismes responsables de ces sites plus de pouvoirs, et ce, afin de créer un sentiment d'appartenance aux SIS par les usagers et usagères et s'assurer qu'ils y aient recours;
- De plus, l'État devrait faciliter l'accès aux services de traitement de la dépendance aux opioïdes afin qu'ils soient accessibles par le biais des organismes communautaires, notamment ceux responsables des sites d'injection supervisée
- Trouver des alternatives à son approche répressive et punitive en matière de drogues, notamment la décriminalisation de toutes les drogues ou du moins, l'abolition des sentences minimales obligatoires. Il devrait en outre décriminaliser la possession simple de toute drogue. Le Canada devrait fonder ces alternatives sur les données probantes de santé publique plutôt que de la conceptualiser sous l'angle du droit criminel. L'approche adoptée par le Canada devrait prendre en compte le principe d'universalité des droits de la personne afin de ne pas nier ceux-ci aux personnes utilisatrices de drogues.

2.3 L'incarcération comme frein d'accès aux soins de santé et de prévention adéquats

Dans les prisons canadiennes et québécoises, les mesures de prévention (notamment pour la prévention de la transmission du VIH et d'autres ITSS) sont lacunaires. Cela est d'autant plus préoccupant lorsque l'on considère que la beaucoup de personnes incarcérées le sont en raison de l'approche punitive canadienne en matière de drogues et/ou ont un historique d'usage de drogues, en plus d'être des personnes racisées ou issues des communautés autochtones.

Les personnes incarcérées sont nombreuses à avoir des comportements à risque à l'extérieur de prison tout indique ces comportements persistent en détention³⁰. **Or, elles n'ont pas accès aux**

²⁹ Voir, notamment : Haut-commissaire des Nations Unies aux Droits de l'Homme. «Étude des effets du problème mondial de la drogue sur la jouissance des droits de l'homme», septembre 2015, A/HRC/30/65

mêmes mesures de prévention que celles offertes dans la communauté. Par exemple, plutôt que d'offrir un programme d'échange de seringues, la plupart des pénitenciers offriront de l'eau de Javel en guise de désinfectant³¹, ce qui n'est pas suffisant pour réduire efficacement les risques de transmission.

Une étude effectuée par l'Institut national de santé publique du Québec en 2016 a conclu que les individus incarcérés ont souvent été impliqués avec le système carcéral, tant au niveau du nombre d'incarcérations que du temps passé en prison. Or, **un nombre élevé d'incarcérations et la transition entre le milieu carcéral et la communauté peuvent être problématiques au niveau de la continuité des traitements pour le VIH**³².

Au Québec, la prévalence du VIH et du VHC dans la population carcérale des établissements provinciaux est beaucoup plus élevée que dans la population générale, bien qu'elle soit surtout circonscrite chez les personnes utilisatrices de drogues par injection³³. Dans les prisons fédérales, les détenu-e-s sont 10 fois plus touchés par le VIH et 30 fois plus touchés par l'hépatite C que la population générale³⁴. Or, plusieurs individus infectés et incarcérés ignorent leur statut³⁵. **Ainsi, l'insuffisance de l'offre de dépistage et de mesures de réduction des risques pour les personnes incarcérées, lesquelles sont disproportionnellement issues des communautés racisées ou autochtones, et le défaut de leur fournir les mêmes soins de santé et/ou de prévention qu'au reste de la population, constitue une entrave à leur droit à la santé, à l'égalité et à la sécurité de leur personne.** En outre, il s'agit d'une réponse contre-productive face à l'épidémie du VIH.

Le Canada et le Québec doivent mettre en place des mesures de réduction des méfaits efficaces au sein des établissements pénitenciers qui sont de leur juridiction. Le projet pilote d'échange de seringues annoncé par le gouvernement fédéral au printemps 2018 est un pas dans la bonne direction. Pour l'heure, cependant, seuls deux (2) pénitenciers canadiens offrent un programme d'échange de seringues à leurs détenus. Ces derniers ont ainsi accès à des aiguilles propres, ce qui permettra de prévenir la transmission du VIH et autres ITSS. Le gouvernement du Canada s'appuiera sur les données recueillies dans le cadre de ce projet pilote avant d'étudier l'opportunité d'étendre le programme à tous ses établissements. Malheureusement, aucun pénitencier fédéral en sol québécois ne fait partie du projet pilote. **De plus, le gouvernement du**

³⁰ Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). « Étude de prévalence du VIH et du VHC chez les personnes incarcérées dans les établissements de détention provinciaux au Québec », Janvier 2016, https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/itss/rapport_vih_vhc_milieu_carceral.pdf

³¹ Voir notamment: Gagnon H, Godin G, Alary M, Lambert G, Lambert LD, Landry S. *Prison inmates' intention to demand that bleach be used for cleaning tattooing and piercing equipment*. Can J Public Health. 2007;98(4):297-300.

³² *Ibid*, p. 45

³³ *Ibid*.

³⁴ Réseau juridique canadien VIH/sida. « Visez juste : Recommandations pour la mise en œuvre de programmes de seringues et d'aiguilles dans les prisons canadiennes », Janvier 2016, p.7.

³⁵ INSPQ, *supra* note 30, p. 48

Québec n'a pas indiqué qu'il entendait implanter de tels programmes d'échange de seringues dans les établissements qui sont de sa juridiction.

RECOMMANDATION(S) : Afin d'assurer la pleine jouissance du droit à la santé pour les personnes incarcérées, les gouvernements fédéral et provincial doivent améliorer les services offerts dans les établissements correctionnels, notamment en matière de prévention, de traitement, et de réduction des méfaits. Parmi ces mesures :

- Le gouvernement du Canada devrait rapidement étendre les programmes d'échange de seringues dans l'ensemble des établissements correctionnels fédéraux. Le gouvernement du Québec devrait emboîter le pas à son homologue fédéral et implanter, lui aussi, des programmes d'échange de seringues dans les établissements correctionnels qui sont de sa juridiction;
- De manière plus générale, l'accès aux mesures de prévention en milieu carcéral doit être facilité. L'accès aux mêmes programmes, traitements et outils que ceux offerts dans la communauté est nécessaire pour réduire les méfaits en milieu carcéral. Par exemple, la distribution d'eau de Javel pour nettoyer le matériel d'injection n'équivaut pas à un accès à du matériel stérile.
- L'accès à des programmes de substitution des opiacés devrait être accru dans les prisons tant fédérales que provinciales. La combinaison des programmes d'échanges de seringues et l'accès à des traitements de substitution sont des soins de santé essentiels pour les personnes utilisatrices de drogues, et le fait que celles-ci soient incarcérées ne devraient nullement compromettre l'accès à ces soins.
- Il faut systématiser l'offre de dépistage du VIH et du VHC en milieu carcéral. Ces tests sont trop peu offerts alors que la population incarcérée est fortement à risque. Les personnes incarcérées doivent pouvoir avoir cette possibilité. Les individus ignorant leur statut ne peuvent bénéficier des traitements, et seront plus à risque de transmettre l'infection, et n'utiliseront pas les mesures appropriées pour prévenir la transmission des infections.
- Il faut faciliter l'accès aux traitements contre le VIH et le VHC en milieu carcéral. Les personnes incarcérées sont moins susceptibles de suivre un traitement pour le VIH ou pour le VHC que dans la communauté. Lors de l'incarcération, le système carcéral devrait assurer la continuité ou l'amorce des traitements. Cela est d'autant plus important dans le contexte des établissements provinciaux, car le séjour y est habituellement plus court, rendant une bonne coordination avec les services offerts dans la communauté nécessaire. La prise en charge du traitement des personnes incarcérées doit également être planifiée du début à la fin de l'incarcération, peu

importe sa durée et peu importe le nombre de transferts d'établissements, afin d'assurer un accès continu aux traitements.

*COCQ-SIDA
Novembre 2018*