

**UNIVERSITE DE SHERBROOKE
FACULTE DE DROIT
DEPARTEMENT DE LA MAITRISE EN DROIT DE LA SANTE**

**ESSAI SOUMIS A LA FACULTE DE DROIT EN VUE
DE L'OBTENTION DU GRADE DE "MAITRISE EN DROIT"**

**VIH ET SIDA: NOTIFICATION AUX PARTENAIRES SEXUELS
COMPARAISON ENTRE LE QUEBEC, LE CANADA ANGLOPHONE
ET LES ETATS-UNIS**

PAR ISABELLE DUBUC

**MONTREAL LE 6 JANVIER 1997
c Isabelle Dubuc, 1997**

VIH ET SIDA: NOTIFICATION AUX PARTENAIRES SEXUELS COMPARAISON ENTRE LE QUEBEC, LE CANADA ANGLOPHONE ET LES ETATS-UNIS

Au Québec, la notification aux partenaires sexuels, par ailleurs bien implantée dans le contexte de certaines maladies transmises sexuellement ne semble pas vouloir voir le jour dans le contexte du VIH/SIDA. Pourtant, le droit du partenaire d'être informé de la séropositivité de son conjoint semble primordial afin d'éviter toute transmission du virus.

Dans la présente étude, nous analyserons en détails les lois québécoises et canadiennes portant sur le secret professionnel, la santé et les maladies transmises sexuellement afin de déterminer s'il existe pour le médecin-clinicien et le médecin de santé publique une obligation de notifier les partenaires d'un patient séropositif. Nous analyserons les programmes de notification existant aux Etats-Unis. Nous concluerons en établissant les composantes d'un programme de notification également applicable au Québec.

In Quebec, the notification of sexual partners, well established in case of some sexually transmitted diseases does not seem to exist for HIV/AIDS. However, the right of a person to be informed of the disease (HIV/AIDS) of his sexual partner is extremely important to avoid the transmission of the virus.

In the present paper, Quebec and Canadian laws concerning medical secret, health and sexually transmitted diseases will be analysed to determine if there is an obligation for the physician and the medical officer to notify partners of the HIV positif patient. Than, the notification programs existing in United States will be analysed.

In light of the previous analysis, the different components of a partner notification program which could be applied in Quebec will be proposed.

VIH ET SIDA: NOTIFICATION AUX PARTENAIRES SEXUELS COMPARAISON ENTRE LE QUEBEC, LE CANADA ANGLOPHONE ET LES ETATS-UNIS

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
PARTIE I - L'ABSENCE DE PROGRAMME DE NOTIFICATION AUX PARTENAIRES SEXUELS AU QUEBEC	6
Para. 1 - TACHES DU DEPARTEMENT DE SANTÉ PUBLIQUE	7
A - DEFINITION DE LA SANTE PUBLIQUE	7
B - LES ROLE ET POUVOIR DE NOTIFICATION DU DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE	8
Para. 2 - LA RESPONSABILITE DU MEDECIN-CLINICIEN	13
A - L'OBLIGATION AU SECRET MEDICAL	13
1 - <i>Les sources de l'obligation au secret</i>	13
2 - <i>Les limites au secret</i>	17
B - L'OBLIGATION AU SECOURS	23
1 - <i>Les sources de l'obligation au secours</i>	24
2 - <i>L'obligation au secours - assise juridique à la notification?</i>	28
a - L'article 2 de la Charte	29
b - <i>Code de déontologie des médecins</i>	30
c - La responsabilité civile	33

PARTIE II - LA MULTIPLICITE DES PROGRAMMES DE NOTIFICATION AUX PARTENAIRES SEXUELS DANS LE CANADA ANGLOPHONE ET AUX ETATS-UNIS	38
Para. 1 - LES OBLIGATIONS GENERALES DE COMMON LAW	39
Para. 2 - LA BIPOLARITE DES PROGRAMMES DE NOTIFICATION AUX PARTENAIRES SEXUELS AU CANADA ANGLAIS	43
A - LA NOTIFICATION PAR LES MEDECINS-CLINICIENS	46
B - LA NOTIFICATION PAR LE MEDECIN DE LA SANTE PUBLIQUE	50
1 - Systèmes incomplets de notification	51
2 - Systèmes complets de notification	54
Para. 3 - L'UNIFORMITE DES PROGRAMME DE NOTIFICATION AUX PARTENAIRES SEXUELS AUX ETATS-UNIS	58
A - LES ORIGINES ET LES MODALITES DU PROGRAMME DE NOTIFICATION	58
B - LES DIFFERENTS MODELES MIS EN PLACE	63
CONCLUSION: LES COMPOSANTES PRIMORDIALES A LA MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME QUEBECOIS DE NOTIFICATION AUX PARTENAIRES SEXUELS	74
BIBLIOGRAPHIE	85

VIH ET SIDA: NOTIFICATION AUX PARTENAIRES SEXUELS COMPARAISON ENTRE LE QUEBEC, LE CANADA ANGLOPHONE ET LES ETATS-UNIS

*"Pourquoi m'a-t-elle caché qu'elle était séropositive?"*¹. Telle était la question que se posait inlassablement le conjoint d'une séropositive qui lui avait caché son état et lui avait transmis le virus du VIH faute de relations sexuelles protégées. Le partenaire d'une personne séropositive a-t-il le droit de connaître le risque auquel il est exposé, à savoir la contamination par le VIH? Si oui, qui l'en informera si ce n'est pas ce conjoint lui-même? Ce questionnement soulève immédiatement la problématique de la notification aux partenaires dans les cas de VIH\SIDA.

Les enjeux entourant le VIH sont importants et complexes. Afin de comprendre la problématique de la notification dans le cadre du VIH et du SIDA, il importe de définir, avant toute chose, ce qu'est le VIH et quelles sont les conséquences qui découlent du fait de l'avoir contracté.

Le virus de l'immunodéficience humaine, communément appelé le VIH, est l'agent causal du SIDA².

"Il infecte sélectivement les cellules du système immunitaire appelées lymphocytes T, plus précisément celles du type T4 (auxiliaires\ facilitateurs). La destruction de ces cellules entraîne à la longue l'immunodépression caractéristique du SIDA. Le VIH peut aussi infecter directement certaines cellules nerveuses et cérébrales, ou causer indirectement des dommages irréversibles aux centres de contrôle et au système nerveux central"³.

¹. Alain CHOUFFAN et Michel De PRACONTAL, "Délict d'amour - "Pourquoi m'a-t-elle caché qu'elle était séropositive?"", *Le Nouvel Observateur*, no. 1461, 5-11 novembre 1992, p. 45.

². Thomas CURRENT, Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement, *Le SIDA*, Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services Canada, Division des sciences et de la technologie, 14 septembre 1992, p.2.

³. *Id.*

Concrètement, le VIH entraîne une déficience dans le système immunitaire humain qui empêche l'organisme de se défendre correctement contre les infections. *"Les victimes du SIDA sont donc vulnérables à des infections rares et fatales. En raison de la complexité du virus du SIDA, il se peut qu'on doive attendre de nombreuses années avant de découvrir un remède ou un vaccin"*⁴.

La gravité du VIH tient au fait qu'il est transmissible, incurable et pandémique. De plus, la manifestation du virus chez certaines personnes peut être équivoque car

"il arrive qu'à ses débuts, l'infection par le VIH ne provoque aucun symptôme apparent. Les personnes infectées restent parfois en parfaite santé pendant de nombreuses années. Cependant, au fil des ans, la plupart des personnes atteintes de l'infection contractent des maladies qui deviennent de plus en plus graves à mesure que s'affaiblit le système immunitaire. Il faut absolument savoir que toute personne infectée par le VIH - qu'elle présente ou non des symptômes - peut transmettre l'infection à d'autres"⁵.

Les modes de transmission généralement reconnus sont les suivants: *"par contacts intimes homosexuels ou hétérosexuels, par l'utilisation commune par des toxicomanes d'aiguilles ou de seringues contaminées, par les transfusions de sang et l'administration de dérivés sanguins contaminés, par la transplantation d'organes contaminés et par la transmission du virus d'une mère infectée à son nouveau-né"*⁶.

Désormais, la contamination par le VIH ne touche plus seulement la communauté homosexuelle; au contraire, elle gagne de plus en plus la communauté

4. *Id.*, p.1.

5. SANTÉ ET BIEN-ETRE SOCIAL CANADA, *SIDA dans les années 1990: Pour l'amour de la vie*, Ottawa, ministère des Approvisionnement et des Services Canada, mars 1990.

6. T. CURREN, *op. cit.*, note 2, p.5.

hétérosexuelle et les femmes en sont contaminées dans un nombre toujours croissant. Par leur qualité de transmission et de contamination, le VIH et le SIDA ne sont pas seulement l'affaire du patient mais concernent également son ou ses partenaires sexuels.

Afin de faire face au fléau de la contamination par le VIH et le SIDA, les intervenants du monde de la santé en sont venus à un consensus international de notification aux partenaires aux fins de prévention de la transmission du VIH. Ce consensus est officiellement exprimé dans une DECLARATION de l'Organisation Mondiale de la Santé⁷ qui énonce que la notification aux partenaires est "*la gamme des actions de santé publique qui visent à informer les partenaires sexuels des personnes infectées par le VIH (...) à conseiller ces partenaires (...) au sujet des risques qu'ils encourent et à offrir des services à ces personnes*"⁸. La notification peut se faire soit par le patient, soit par un dispensateur de soins. Dans le premier cas, sur les conseils du dispensateur de soins, mais sans son intervention, le patient informe ses partenaires sexuels de leur exposition au VIH. Dans le deuxième cas, après avoir obtenu du patient les coordonnées de ses partenaires, le dispensateur de soins ou les agents de santé les avisent directement, en prenant la précaution de ne pas dévoiler le nom du patient ni permettre de l'identifier⁹.

Avant d'aborder la stratégie de notification, le médecin devra annoncer à son patient le diagnostic du VIH et lui faire part de ses responsabilités sociales découlant de sa condition médicale. Le médecin sera la première personne à qui le patient

7. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, Programme mondial de lutte contre le SIDA et programme des MST maladies sexuellement transmissibles, *Déclaration de consensus de la consultation sur la notification aux partenaires aux fins de prévention de la transmission du VIH*, Geneve 11-13 janvier 1989.

8. *Id.*, p.2.

9. *Id.*, p.2.

demandera de garder le silence absolu sur cette nouvelle médicale le concernant et pourra lui réclamer le respect de son obligation au secret médical¹⁰. Apprendre au patient à se responsabiliser pour qu'il informe lui-même ses partenaires ou, dans les cas extrêmes, informer les partenaires, sans la collaboration du patient, fait partie du programme de notification aux partenaires de la médecine de santé publique qui favorise la santé publique sur un éventuel droit de ne pas savoir dudit partenaire, ce qui semble se concevoir compte tenu du caractère endémique du virus.

Dans l'état actuel du droit québécois, il est opportun de confirmer que, d'une part, sans avoir d'obligation légale spécifique, le patient séropositif peut informer lui-même ses partenaires sexuels de son état de santé, et d'autre part, les intervenants du monde de la santé peuvent également, avec le consentement du patient séropositif, informer les partenaires sexuels de ce dernier du risque auquel ils ont été exposés. Certaines questions demeurent cependant.

A défaut par le patient d'informer lui-même ses partenaires sexuels ou de donner son consentement pour que la notification soit faite par un intervenant du monde de la santé, le médecin peut-il les notifier ou doit-il se limiter à son obligation légale au secret professionnel? Laquelle de ces deux options doit-on privilégier? Où trouver l'équilibre, s'il y en a un? Voilà les questions auxquelles nous tenterons de répondre dans le présent essai.

Dans un premier temps, nous déterminerons, à travers les lois québécoises

¹⁰. *Charte des droits et libertés de la personne*, L.R.Q., 1977, c.C-12, article 9:

"Chacun a droit au respect du secret professionnel.

Toute personne tenue par la loi au secret professionnel et tout prêtre ou autre ministre du culte ne peuvent, même en justice, divulguer les renseignements confidentiels qui leur ont été révélés en raison de leur état ou profession, à moins qu'ils n'y soient autorisés par celui qui leur a fait ces confidences ou par une disposition expresse de la loi.

Le tribunal doit, d'office, assurer le respect du secret professionnel".

Jean-Louis BAUDOIN, "Le secret professionnel du médecin - son contenu - ses limites", (1963) 41 *R. du B. Can.* 491, p.505: "*S'il est évident que les révélations faites par le patient sur les symptômes et l'origine du mal dont il est atteint sont des faits secrets, toute chose découverte par le médecin lui-même sans l'intervention du client l'est également.*"

encadrant la santé publique et régissant la pratique du médecin-clinicien, s'il est possible de faire la notification aux partenaires et à qui revient cette responsabilité (I). Nous examinerons dans un deuxième temps les programmes de notification relevant des juridictions canadiennes et américaines et en analyserons les techniques (II). Nous concluons enfin en établissant les composantes primordiales à la mise en place d'un programme québécois de notification aux partenaires sexuels.

Avant, quelques remarques préliminaires s'imposent. Premièrement, le sujet étant vaste, l'auteure l'a circonscrit au cas de notification aux partenaires sexuels du patient porteur du VIH\SIDA seulement, omettant volontairement d'aborder, d'une part, l'hypothèse de notification à toute autre personne et, d'autre part, la notification faite pour toute autre maladie transmise sexuellement. Deuxièmement, le présent essai tentera de démontrer non seulement l'aspect juridique mais également l'aspect pratique d'un programme de notification aux partenaires sexuels. En effet, considérant l'existence incontestée d'un tel programme aux Etats-Unis, l'auteure a trouvé opportun de privilégier l'expérience pratique de certains Etats américains.

**PARTIE I - L'ABSENCE DE PROGRAMME DE NOTIFICATION AUX
PARTENAIRES SEXUELS AU QUEBEC**

Le patient séropositif, maître du secret médical¹¹, peut informer lui-même ses partenaires sexuels de son état de santé ou autoriser expressément un intervenant de la santé à le faire à sa place¹². Au Québec, à défaut d'obtenir le consentement du patient, existe-t-il, pour certains intervenants de la santé, une obligation d'informer les partenaires de ce patient et, relève-t-elle des tâches du département de santé publique ou de celles du médecin-clinicien?

Para. 1 - TACHES DU DEPARTEMENT DE SANTÉ PUBLIQUE

Afin de déterminer les rôles et pouvoir du département de santé publique québécois eu égard à la notification aux partenaires (B), il convient préalablement de définir la notion de santé publique afin d'en connaître ses composantes (A).

A - DEFINITION DE LA SANTE PUBLIQUE

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé:

"la santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé et la vitalité mentale et physique des individus par le moyen d'une action collective concertée visant à assainir le milieu, à lutter contre les maladies qui présentent une importance sociale, à enseigner les règles de l'hygiène personnelle, à organiser des services médicaux et infirmiers en vue du diagnostic précoce et du traitement préventif des maladies, ainsi qu'à mettre en oeuvre des mesures sociales propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec le maintien de la santé, l'objet final étant de permettre à chaque individu de jouir

¹¹. Nicole VALLIERE, "Le secret professionnel inscrit dans la *Charte des droits et libertés de la personne* au Québec", (1985) 24 *C. de D.* 1019, p. 1028.

¹². *Charte des droits et libertés de la personne*, précitée, note 10.

de son droit inné à la santé et à la longévité"¹³.

Au Québec, on parle de santé communautaire en disant qu'elle

"pourrait se définir comme l'art et la science d'améliorer l'état de santé de la population, de prévenir la maladie et de promouvoir l'efficacité des services de santé par la coordination des efforts communautaires. L'expression "santé communautaire" est souvent confondue avec les termes de santé publique, médecine préventive et médecine sociale. En fait, ces différents termes désignent la même réalité et reflètent l'évolution des problèmes et des services de santé au cours du dernier siècle"¹⁴.

Dans le contexte de la santé publique, c'est la santé de la population, de la communauté, qui est le but premier. Ainsi, lorsqu'une personne est contaminée par un virus, il importe de retracer la source de cette contamination et de prendre les moyens pour éliminer la contagion ou la propagation dudit virus. La notification aux partenaires est un des moyens de lutte contre la propagation de toute maladie contagieuse, et donc *à priori* un moyen applicable au VIH/SIDA. Toute la question est cependant de déterminer dans quelle mesure le système québécois de santé publique dispose ou non d'un pouvoir de notification aux partenaires des patients séropositifs.

B - LES ROLE ET POUVOIR DE NOTIFICATION DU DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE

La prévention de la maladie et l'amélioration de la santé de la population sont les préoccupations premières de la médecine de santé publique¹⁵. Il est du devoir de tout médecin de voir à la santé de la population en général par le diagnostic et

¹³. Pierre DUPLESSIS, William DAB, Mark McCarthy et Edouard PORTELLA, "Santé publique: perspective et prospective", dans GOUVERNEMENT DU QUEBEC, *Santé publique et pays industrialisés*, Québec, Les publications du Québec, 1989, à la page 391.

¹⁴. *Id.*, p.392.

¹⁵. *Id.*

le traitement. Quant au contrôle des maladies transmises sexuellement et de celles à déclaration obligatoire, le législateur a accordé des pouvoirs spécifiques à une entité du système de la santé communément appelée "*Direction de la santé publique*"¹⁶. En vertu de la *Loi sur la protection de la santé publique*¹⁷, le directeur de la santé publique a la responsabilité de recevoir des médecins traitants la notification de tous les cas de maladie à déclaration obligatoire ou de maladie vénérienne¹⁸ et de les transmettre à son tour au ministre de la Santé et des Services sociaux¹⁹.

Le 1er octobre 1986, par règlement, le législateur faisait du SIDA une maladie à déclaration obligatoire²⁰ sans se prononcer sur le VIH en tant que tel. Ainsi, depuis dix ans, les médecins doivent déclarer, au département de santé publique ou au ministère, chaque patient porteur du SIDA selon la formule prescrite à l'annexe 13 du *Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique*²¹, laquelle ne permet d'identifier le patient que par son numéro de malade, sa date de naissance, son sexe et sa localité.

¹⁶. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., 1977, c. S-4.2, articles 371, 372 et 373.

¹⁷. L.R.Q., 1977, c. P-35.

¹⁸. *Loi sur la protection de la santé publique*, L.R.Q., 1977, c. P-35, art. 5, al. 2: "*Tout médecin doit déclarer au ministre ou au directeur de la santé publique du territoire, conformément au règlement, les cas de maladie à déclaration obligatoire ou de maladie vénérienne dont il a connaissance*".

¹⁹. *Id.*, art. 5, al. 1: "*Le directeur de la santé publique nommé en vertu de l'article 372 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) doit déclarer au ministre, conformément au règlement, tout les cas de maladie à déclaration obligatoire ou de maladie vénérienne*".

²⁰. *Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique*, R.R.Q., 1981, c. P-35, r.1, article 28, tel qu'amendé par le décret 1497-86 du 1er octobre 1986, Gazette officielle du Québec, Partie II, p.4174.

²¹. R.R.Q., 1981, c. P-35, r.1, tel qu'amendé par le décret 1497-86 du 1er octobre 1986, Gazette officielle du Québec, Partie II, p.4174.

Nous constatons que ni le ministre de la Santé et des Services sociaux, ni le directeur de la santé publique ne détiennent d'informations nominales concernant le patient porteur du SIDA et, encore moins de ses partenaires. Dans ces circonstances, il n'est pas surprenant d'apprendre que ni la *Loi sur la protection de la santé publique* ni son règlement d'application ne contiennent de disposition particulière prévoyant un système structuré de notification aux partenaires. Même le pouvoir spécial²² dont dispose le directeur de la santé publique, lui permettant de prendre les mesures nécessaires pour prévenir et enrayer la contagion et protéger la santé de la population lorsqu'une maladie à déclaration obligatoire lui a été signalée, est inefficace dans les cas de SIDA. En effet, ce directeur ne dispose pas des outils nécessaires pour déterminer de façon précise les personnes qui sont contagieuses et celles que l'on doit protéger de la contagion.

L'inefficacité de la *Loi sur la protection de la santé publique*²³ pour soutenir un programme de notification aux partenaires repose principalement sur trois points.

Premièrement, seul le SIDA fait partie de la liste des maladies à déclaration obligatoire²⁴, et ce, malgré l'état de la science qui nous informe que le SIDA est la conséquence directe d'une contamination par le VIH, lequel est présent dans le corps du patient, dans la majorité des cas, entre sept à dix ans avant le diagnostic fatal du SIDA. Dans l'intervalle, le patient a pu transmettre le virus à plusieurs personnes. Lorsque le patient atteint le stade SIDA, dans la majorité des cas, son comportement

²². *Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique*, R.R.Q., 1981, c. P-35, r.1, tel qu'amendé par le décret 975\83 du 18 mai 1983, Gazette officielle du Québec, partie II, p.2441, art. 38: "*Le chef du département de santé communautaire doit prendre les mesures nécessaires pour prévenir et enrayer la contagion et protéger la santé de la population lorsqu'une maladie à déclaration obligatoire lui a été signalée. Notamment, il peut exiger, après avoir consulté le directeur du Laboratoire de santé publique du Québec, que tout directeur d'un laboratoire ou d'un département de biologie médicale transmette au Laboratoire de santé publique du Québec tout échantillon, spécimen ou culture qu'il juge nécessaire à l'enquête épidémiologique.*"

²³. Précitée, note 18.

²⁴. Précitée, note 21.

n'est plus à risque. Il a suffisamment connaissance de l'infection qui l'afflige, étant obligé de faire des séjours en centre hospitalier et de subir une batterie de tests et d'examens relatifs aux symptômes de la maladie, pour adopter une attitude responsable.

Deuxièmement, la déclaration de la maladie et du patient porteur se fait actuellement au département de santé publique selon la formule prescrite par le gouvernement et sur laquelle le patient n'est identifié que par un numéro, sa date de naissance et son sexe²⁵.

Troisièmement, aucune coordonnée des partenaires sexuels n'est demandée au patient ni transmise au directeur de la santé publique avec l'Annexe 13 intitulée "*Déclaration du Syndrome d'immunodéficit acquis (SIDA)*"²⁶.

Ainsi, la Loi ne nous permet pas pour l'instant d'identifier qui est porteur du virus du SIDA et qui pourrait en être contaminé.

Les lacunes mentionnées précédemment enlèvent toute possibilité pour le directeur de la santé publique d'exercer efficacement le pouvoir spécial qu'il possède. Modifier la liste des maladies à déclaration obligatoire pour y ajouter le VIH et modifier l'Annexe 13 du règlement d'application afin de rendre la déclaration nominale permettrait incontestablement au directeur de la santé publique d'identifier, dès le diagnostic, les patients porteurs par leurs coordonnées, et lui donnerait par la même occasion la possibilité d'initier une rencontre avec le patient. Une telle rencontre permettrait, dans un premier temps, d'informer le patient de ses responsabilités sociales en tant que porteur du virus et, dans un deuxième temps, d'aborder le sujet de la notification afin d'obtenir sa collaboration pour notifier ses partenaires.

²⁵. Précitée, note 21.

²⁶. Précitée, note 21.

Il est indéniable que la protection de la vie privée et la confidentialité des informations médicales constituent les objectifs principaux recherchés par le législateur québécois relativement aux individus porteurs de maladies transmises sexuellement. En effet, la *Loi sur la protection de la santé publique* prévoit que les renseignements déclarés au ministre ou au directeur de la santé publique doivent être gardés confidentiels et ne peuvent être divulgués qu'à la personne indiquée ou visée par la déclaration, s'il permettent de l'identifier. Aucune dérogation à la confidentialité n'est permise, même par une autre loi²⁷. De plus, en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, le dossier de l'usager est confidentiel²⁸ et l'accès à celui-ci n'est permis à une tierce personne que lorsque la présente loi le permet²⁹. Finalement, la vie privée et la confidentialité des renseignements personnels sont de façon générale protégées par la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*³⁰ et le *Code civil du Québec*³¹.

²⁷. *Loi sur la protection de la santé publique*, L.R.Q., 1977, c. P-35, art. 7: "Un renseignement permettant d'identifier une personne dont le nom apparaît à une déclaration faite en vertu des articles 5 ou 6 ne peut être divulgué qu'à cette personne; la présente disposition a priorité sur toute autre disposition d'une loi générale ou spéciale".

²⁸. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., 1977, c. S-4.2, art. 17: *Tout usager de 14 ans et plus a droit d'accès à son dossier....*; art. 19: "Le dossier d'un usager est confidentiel et nul ne peut y avoir accès, si ce n'est avec l'autorisation de l'usager ou de la personne pouvant donner une autorisation en son nom, sur l'ordre d'un tribunal ou d'un coroner dans l'exercice de ses fonctions ou dans le cas où la présente loi prévoit que la communication de renseignements contenus dans le dossier peut être requise d'un établissement. Toutefois, un professionnel peut prendre connaissance d'un tel dossier à des fins d'étude, d'enseignement ou de recherche, avec l'autorisation du directeur des services professionnels ou, à défaut d'un tel directeur, avec l'autorisation du directeur général, accordée conformément aux critères établis à l'article 125 de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*(chapitre A-2.1)."

²⁹. *Id.*

³⁰. L.R.Q., 1977, c. A-2.1.

³¹. *Code civil du Québec*, art. 35: "Toute personne a droit au respect de sa réputation et de sa vie privée. Nul atteinte ne peut être portée à la vie privée d'une personne sans que celle-ci ou ses héritiers y consentent ou sans que la loi ne l'autorise"; art. 37: "Toute personne qui constitue un dossier sur une autre personne doit avoir un intérêt sérieux et légitime à le faire. Elle ne peut

Dans l'état actuel du droit, il est permis d'affirmer que, dans les cas de VIH et de SIDA, la direction de la santé publique ne possède aucun pouvoir lui permettant de faire la notification aux partenaires telle que décrite par l'Organisation Mondiale de la santé³². Qu'en est-il des pouvoirs du médecin-clinicien?

Para. 2 - LA RESPONSABILITE DU MEDECIN-CLINICIEN

Afin d'établir si la notification aux partenaires relève des responsabilités du médecin-clinicien, il y a lieu d'étudier les règles juridiques l'encadrant: l'obligation au secret médical (A), et l'obligation au secours (B), qui soit peuvent parfois se révéler antagonistes.

A - L'OBLIGATION AU SECRET MEDICAL

L'obligation au secret médical tire sa source dans le contrat entre le patient et son médecin et dans les lois régissant cette relation (1). Elle connaît néanmoins certaines limites (2).

1 - Les sources de l'obligation au secret

Tout d'abord, il est important de rappeler un principe fondamental naissant

recueillir que les renseignements pertinents à l'objet déclaré du dossier et elle ne peut, sans le consentement de l'intéressé ou l'autorisation de la loi, les communiquer à des tiers ou les utiliser à des fins incompatibles avec celles de sa constitution; elle ne peut non plus, dans la constitution ou l'utilisation du dossier, porter autrement atteinte à la vie privée de l'intéressé ni à sa réputation".

³². ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, *op. cit.*, notes 7, 8 et 9.

avec la relation médecin-patient³³. Qu'il s'agisse d'une juridiction de droit civil ou de common law, le médecin a l'obligation d'observer fidèlement la confidentialité et le secret médical des informations composant le dossier médical de son patient³⁴.

Cette obligation remonte à l'Antiquité et au Serment d'Hyppocrate³⁵. Depuis ce temps, à l'aube de sa pratique, le médecin doit affirmer solennellement qu'il gardera secret ce qui lui sera divulgué dans le cadre de sa profession.

Ainsi, le patient assuré que le médecin ne divulgera pas les confidences reçues ni les faits médicaux qu'il constatera³⁶ se sentira plus à l'aise de lui

³³. DROIT CIVIL QUÉBÉCOIS: Nicole VALLIERE, "Le secret professionnel inscrit dans la *Charte des droits et libertés de la personne* au Québec", (1985) 26 *C.de D.* 1019, p.1020: "C'est ainsi que le droit au respect du secret professionnel est rattaché à la personne qui se confie dans le but d'obtenir un service professionnel. C'est un droit virtuel, qui naît à la suite d'une relation avec un professionnel"; COMMON LAW: Ellen I. PICARD, *Legal Liability of Doctors and Hospitals in Canada*, Second edition, Toronto, Carswell, 1984, p.8: "The requirement of confidentiality arises from the doctor-patient relationship and is older than the common law".

³⁴. Code d'éthique de l'Association Médical Canadienne, "Responsability to the patient, An ethical physician...art.6: will keep in confidence information derived from a patient or from a colleague regarding a patient, and divulgue it only with the permission of the patient except when otherwise required by law", dans Françoise BAYLIS et Jocelyn DOWNIE: *Code of ethics*, Toronto, Department of bioethics, The hospital for sick Children, 1992, à la page 35; *Charte des droits et libertés de la personne*, précitée, note 10; J.-L. BAUDOUIN, *loc. cit.*, note 10; N. VALLIERES, *loc. cit.*, note 33.

³⁵. LE SERMENT D'HIPPOCRATE: "Je jure par Apollon médecin, par Esculape, par Hygie et Panacée, par tous les dieux et toutes les déesses, les prenant à témoin que je remplirai, suivant mes forces et ma capacité, le serment et l'engagement suivant: ...Quoi que je voie ou entende dans la société pendant l'exercice ou même hors de l'exercice de ma profession, je tairai ce qui n'a jamais besoin d'être divulgué, regardant la discrétion comme un devoir en pareil cas. Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire!" Danielle GOUREVITCH, *Hippocrate de Cos, De l'art médical*, Paris, Bibliothèque classique, Livre de poche, 1994, 606 p., à la page 83.

³⁶. EN DROIT CIVIL QUEBÉCOIS: J.-L. BAUDOUIN, *loc. cit.*, note 10, p. 505: "S'il est évident que les révélations faites par le patient sur les symptômes et l'origine du mal dont il est atteint sont des faits secrets, toute chose découverte par le médecin lui-même sans l'intervention du client l'est également. Grâce à ses connaissances, le médecin peut constater sur la personne de son client certains signes restés souvent insoupçonnés du patient lui-même. Il est tenu de les garder secrets"; COMMON LAW: E.I. PICARD, *op. cit.*, note 33, p.8: "The communication protected by the ethical duty not to disclose may be in any form, oral or written. The type of information which is protected is broad and includes not only that concerning the patient and his illness, but also knowledge about the patient's family."

mentionner les faits les plus intimes et les plus personnels, qu'ils soient physiques ou psychiques, pour permettre à son confident d'établir le meilleur diagnostic et d'offrir le meilleur traitement. Par contre, cette obligation au secret n'est pas absolue. Celui-ci pourra être brisé par le médecin lorsqu'il en recevra l'autorisation expresse du patient ou lorsqu'il agira en conformité avec une loi, un règlement, un principe de droit ou d'éthique³⁷.

Ce principe énoncé, la notification aux partenaires peut donc se faire sans difficulté lorsque le patient y consent ou lorsqu'une loi particulière le permet. Par contre, sans l'un de ces types d'autorisations, la notification aux partenaires entre directement en conflit avec cette obligation au secret du médecin, puisqu'elle permet de divulguer à un tiers, le partenaire, des informations contenues dans le dossier médical du patient, lesquelles, du même coup, permettent de l'identifier. Or, au Québec, aucune loi ni aucun règlement ne prévoit spécifiquement et expressément la notification aux partenaires, tandis que l'obligation au secret est inscrite dans différents textes juridiques.

Ainsi, le droit et l'obligation au secret professionnel se retrouvent explicitement dans la *Charte des droits et libertés de la personne*³⁸ et dans le *Code de déontologie des médecins*³⁹. Cette obligation se retrouve implicitement dans le *Code civil du Québec*⁴⁰ dans le cadre des dispositions relatives à la vie privée et dans la

³⁷. *Charte des droits et libertés de la personne*, précitée, note 10, art. 9;

³⁸. Précitée, note 10, art. 9.

³⁹. R.R.Q., 1981, c.M-9, r.4, art. 3.01: "Le médecin doit garder secret ce qui est venu à sa connaissance dans l'exercice de sa profession; il doit notamment s'abstenir de tenir des conversations indiscrettes au sujet de ses patients ou des services qui leur sont rendus ou de révéler qu'une personne a fait appel à ses services, à moins que la nature du cas ne l'exige".

⁴⁰. Précité, note 31.

*Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*⁴¹ qui impose la confidentialité des données médicales et en limite leur circulation à l'obtention au préalable du consentement de son titulaire.

Selon la Charte, le médecin est tenu au respect du secret professionnel. A ce titre, il doit garder confidentiels les faits révélés par son patient⁴². De par son enchâssement dans la Charte québécoise, le droit au secret professionnel est devenu un droit quasi constitutionnel et fondamental⁴³; un droit de la personne⁴⁴ devant être utilisé pour respecter l'intérêt du patient⁴⁵ et non celui du professionnel. Selon son code de déontologie, le médecin doit garder secret ce qui vient à sa connaissance dans l'exercice de sa profession⁴⁶. Ce devoir déontologique doit être suivi fidèlement par le médecin, sans quoi il peut faire l'objet de sanctions disciplinaires.

Selon le *Code civil du Québec*, l'obligation au respect de la vie privée entraîne la confidentialité des données personnelles concernant l'état de santé du patient⁴⁷. Selon la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*, toutes les informations concernant un titulaire seront confidentielles et leur circulation restreinte, sauf exception⁴⁸.

41. L.R.Q., c. P-39.1.

42. *Charte des droits et libertés de la personne*, précitée, note 10, art. 9;

43. Pauline LESAGE-JARJOURA, Jean LESSARD et Suzanne PHILIPS-NOOTENS, *Éléments de responsabilité civile médicale - Le droit dans le quotidien de la médecine*, Cowansville, Les Éditions Yvon Blais Inc., 1995, p. 268.

44. N. VALLIERE, *loc. cit.*, note 33, p. 1027.

45. *Id.*, p.1021.

46. *Code de déontologie des médecins*, précité, note 39.

47. *Code civil du Québec*, art. 35 à 41.

48. L.R.Q., c. P-39.1.

Chaque règle comportant néanmoins ses exceptions, il convient d'analyser les dispositions qui constituent une limite au secret médical.

2 - Les limites au secret

Il importe de préciser que le patient, maître du secret, peut délier son médecin de cette obligation en tout temps⁴⁹. Ainsi, avec l'autorisation de son patient, expresse ou implicite⁵⁰, le médecin pourra divulguer des informations qui autrement seraient confidentielles et informer le ou les partenaires sexuels du fait qu'ils sont susceptibles d'être contaminés à leur tour. Dans ces circonstances, aucun médecin ne pourra être tenu responsable d'avoir divulgué des informations à une tierce personne.

Le libellé des textes législatifs encadrant le secret médical comporte également des exceptions. Ainsi, la Charte prévoit que le médecin sera délié de son obligation si le patient y consent ou si une disposition de la loi l'y autorise⁵¹. Le code de déontologie, précise, quant à lui, que le médecin n'est pas tenu au secret si la nature du cas l'exige⁵², lorsque le patient ou la loi l'y autorise⁵³, lorsqu'il y a une

⁴⁹ N. VALLIERE, *loc. cit.*, note 33, p. 1028: "En effet, l'obligation au secret peut être levée par celui qui a fait des confidences. C'est là la simple logique puisque c'est le client qui est détenteur du droit au secret et que ce droit est établi avant tout pour servir ses intérêts".

⁵⁰ *Id.*, p. 1028: "En outre, la jurisprudence reconnaît que cette renonciation au secret professionnel peut être implicite "puisque l'article 9 ne qualifie pas autrement l'autorisation que peut accorder celui qui fait la confiance."

⁵¹ Charte des droits et libertés de la personne, précitée, note 10, art. 9;

⁵² Code de déontologie des médecins, précité, note 39, art. 3.01.

⁵³ Code de déontologie des médecins, précité, note 39, art. 3.04: "Le médecin peut cependant divulguer les faits dont il a eu personnellement connaissance, lorsque la patient ou la loi l'y autorise, lorsqu'il y a une raison impérative et juste ayant trait à la santé du patient ou de son entourage".

raison impérative et juste ayant trait à la santé du patient ou de son entourage⁵⁴ et lorsqu'il y a une juste cause⁵⁵. La loi sur l'accès aux documents concernant le secteur privé permet la circulation des données lorsque le titulaire de ces données y consent ou lorsque la loi l'autorise⁵⁶.

Au sens de la Charte, le terme "loi" inclut également un règlement, un décret, une ordonnance ou un arrêté en conseil adopté sous l'autorité d'une loi⁵⁷. Cette définition inclut donc le *Code de déontologie des médecins*⁵⁸, qui découle de la *Loi médicale*⁵⁹, et nous permet d'examiner les exceptions qui y sont mentionnées⁶⁰, et de vérifier si elles donnent au médecin un réel pouvoir de briser le secret médical de son patient.

Même si le code de déontologie semble délier le médecin de son obligation de confidentialité dans plusieurs cas, cette législation doit être lue conjointement avec le texte de la Charte québécoise. Ce dernier texte exige en effet que l'autorisation d'enfreindre le secret professionnel provienne d'une disposition expresse de la loi; ce qui exclut toute autorisation équivoque, implicite et discrétionnaire⁶¹.

⁵⁴. *Id.*

⁵⁵. *Code de déontologie des médecins*, précité, note 39, art. 3.05: "A moins qu'il n'y ait juste cause, le médecin ne peut révéler à l'entourage du patient un pronostic grave ou fatal si celui-ci le lui interdit".

⁵⁶. L.R.Q., 1977, c. P-39.1.

⁵⁷. *Charte des droits et libertés de la personne*, précitée, note 10, art. 56 par. 3: .."Dans la Charte, le mot "loi" inclut un règlement, un décret, une ordonnance ou un arrêté en conseil pris sous l'autorité d'une loi".

⁵⁸. Précité, note 39.

⁵⁹. L.R.Q., 1977, c. M-9.

⁶⁰. P. LESAGE-JARJOURA, J. LESSARD et S. PHILIPS-NOOTENS, *op. cit.*, note 43, p. 265.

⁶¹. N. VALLIERE, *loc. cit.*, note 33, p. 1029: "Malheureusement, on risque de se perdre longtemps en conjectures sur le sens de l'expression "disposition expresse de la loi". A partir de quel degré de précision pourra-t-on considérer qu'une disposition est une disposition expresse de la

Lorsque le doute surgit dans les situations les moins claires, le respect de la Charte doit avoir priorité⁶².

Qu'en est-il des dispositions déontologiques qui permettent au médecin de faire fi du secret médical lorsque la nature du cas l'exige⁶³, lorsqu'il y a une raison impérative et juste ayant trait à la santé du patient ou de son entourage⁶⁴ et lorsqu'il y a une juste cause⁶⁵. Ces formulations sont-elles discrétionnaires au point de ne pouvoir constituer une "*disposition expresse de la loi*" au sens de l'article 9 de la Charte?

Telle semble être la position dominante des auteurs⁶⁶. Selon eux, par la conjugaison du Code de déontologie avec la Charte québécoise, les exceptions déontologiques dans un contexte médical général ne peuvent être justifiées que par le consentement du patient ou par l'autorisation expresse de la loi. La rédaction de l'article 9 de la Charte québécoise ferme la porte à tout droit discrétionnaire du professionnel sauf si l'ordre public est compromis, tel que le prévoit l'article 9.1 de

loi mettant en échec, en quelque sorte, l'article 9 de la Charte des droits?...si un doute surgit dans les situations les moins claires, il devrait normalement être tranché en faveur de la protection du droit fondamental. C'est d'ailleurs ce que recommande l'article 53 de la Charte des droits". P. LESAGE-JARJOURA, J. LESSARD et S. PHILIPS-NOOTENS, op. cit., note 43, p. 272.

⁶². Charte des droits et libertés de la personne, précitée, note 10, art. 53: "*Si un doute surgit dans l'interprétation d'une disposition de la loi, il est tranché dans le sens indiqué par la Charte*".

⁶³. Précité, note 39, art. 3.01;

⁶⁴. Précité, note 53, art. 3.04;

⁶⁵. Précité, note 55, art. 3.05;

⁶⁶. N. VALLIERE, *loc. cit.*, note 33; Suzanne NOOTENS, "La divulgation par le médecin de l'existence d'une maladie transmissible sexuellement", (1991) 70 *Revue du Barreau Canadien* 517.

la Charte⁶⁷.

Notre position est différente. Il nous semble qu'interprétées en fonction des réalités particulières du VIH et du SIDA, les limites permises au médecin par les articles 3.01, 3.04 et 3.05 du Code de déontologie devraient constituer, au sens de l'article 9 de la Charte, une autorisation expresse de la loi pour enfreindre l'obligation au secret médical, dans la mesure où elles nous paraissent devenir expresses et non discrétionnaires.

Tout d'abord, rappelons que le VIH est l'agent causal du SIDA⁶⁸; il provoque une déficience dans le système immunitaire qui empêche l'organisme de se défendre correctement contre les infections. Ce virus peut être présent dans l'organisme d'un individu, donc être transmissible, sans que cet individu n'en ressente aucun symptôme⁶⁹. Comme à ce jour, il n'existe aucun remède au VIH et au SIDA, en être contaminé signifie la mort à plus ou moins brève échéance. Transmis entre individus seulement lors de relations sexuelles, ce ne sont que ces personnes qui devront *à priori* être informées de l'état de séropositivité de leur conjoint. En ce sens, le pouvoir discrétionnaire du médecin est limité. Il ne peut pas passer outre le secret médical *erga omnes* mais seulement vis-à-vis les personnes directement concernées. Informer toute autre personne pour laquelle aucun risque de transmission du virus n'existe, et ce, sans le consentement du patient, serait un bris injustifié du secret médical par le médecin.

Par ailleurs, afin d'aider le médecin clinicien à franchir avec discrétion et discernement les limites déontologiques du secret dans les cas de notification aux partenaires des personnes atteintes du VIH/SIDA, l'Association médicale

⁶⁷. *Charte des droits et libertés de la personne*, précitée, note 10, art. 9.1: "Les libertés et droits fondamentaux s'exercent dans le respect des valeurs démocratiques, de l'ordre public et du bien-être général des citoyens du Québec
La loi peut, à cet égard, en fixer la portée et en aménager l'exercice".

⁶⁸. T. CURREN, *op. cit.*, note 2.

⁶⁹. SANTE ET BIEN-ETRE CANADA, *op. cit.*, note 5.

canadienne, à défaut de loi, a adopté en 1987, à titre de guide, quatre principes justifiant le bris du secret médical vis-à-vis des partenaires⁷⁰. Plusieurs étapes sont énoncées dans la résolution de l'AMC:

Premièrement, le médecin doit constater que le partenaire sexuel risque d'être infecté par le VIH ou le SIDA et qu'il n'a aucune raison de s'en douter. Deuxièmement, le patient doit refuser catégoriquement d'informer lui-même son ou ses partenaires sexuels (...). Troisièmement, le patient doit refuser également l'assistance ou la collaboration de son médecin pour aviser son ou ses partenaires sexuels (...). Et quatrièmement, le médecin doit avoir informé son patient de son intention de divulguer les informations confidentielles à la tierce personne⁷¹.

Cette position a été implicitement intégrée dans le Code d'éthique de l'AMC lors de sa révision en 1996. Ainsi, il y est désormais mentionné que le droit du patient à la confidentialité est limité si son maintien entraînerait une sérieuse menace pour une tierce partie⁷². Ce qui est le cas d'une contamination par le VIH. La position de l'AMC reflète une attitude que les médecins traitants devraient adopter car elle peut provoquer un échange de dialogues entre le médecin et son patient. A moins de faire affaire avec un patient imperturbable, l'échange de

⁷⁰. Donald G. CASSWELL, "Disclosure by a Physician of AIDS-Related Patient Information: an Ethical and Legal Dilemma", (1989) 68 *R. du B. Can.* 225, 227; ASSOCIATION MEDICALE CANADIENNE, "A C.M.A. Position: Acquired Immunodeficiency Syndrome" (1989) 140 *Can. Med. Ass. J.* 64C.

⁷¹. D. G. CASSWELL, *Id.*, "that disclosure to a spouse or current sexual partner may not be unethical and, indeed, may be indicated when physicians are confronted with an HIV-infected patient who is unwilling to inform the person at risk. Such disclosure may be justified when all of the following conditions are met: the partner is at risk of infection with HIV and has no other reasonable means of knowing of the risk; the patient has refused to inform his or her sexual partner; the patient has refused an offer of assistance by the physician to do so on the patient's behalf; and the physician has informed the patient of his or her intention to disclose the information to the partner"; ASSOCIATION MEDICALE CANADIENNE, *Id.*.

⁷². ASSOCIATION MEDICALE CANADIENNE, *Code of Ethics*, approved by General Council 1996, art. 22: CONFIDENTIALITY: "Respect the patient's right to confidentiality except when this right conflict with your responsibility to the law, or when the maintenance of confidentiality would result in a significant risk of substancial harm to others or to the patient if the patient is incompetent; in such cases, take all reasonable steps to inform the patient that confidentiality will be breached".

dialogues peut se conclure par un acquiescement du patient à la divulgation des informations médicales à son partenaire sexuel. Ce dialogue est bénéfique tant pour le patient que pour le médecin car la confiance, élément essentiel à la relation médicale, subsistera. Par contre, l'application pratique de cette position n'est pas sans difficulté. Lorsque le médecin est en présence d'un patient difficile, qui refuse de collaborer, comment peut-il obtenir les coordonnées des partenaires? Comment peut-il savoir ou déterminer que ces partenaires sont à risque et inconscients de la condition médicale du patient? Ici, nous constatons que la première prémisse de la position de l'A.M.C., l'identification du partenaire, peut difficilement être rencontrée sans la collaboration du patient.

Bien que les quatre principes énoncés par l'AMC ne soient pas obligatoires, ils sont néanmoins informatifs et peuvent constituer un guide de conduite. Ces quatre principes pourraient être pris en considération pour déterminer si la décision du médecin clinicien de notifier le partenaire du patient séropositif est discrétionnaire. La nature du VIH et les risques de sa transmission paraissent répondre aux trois critères du Code de déontologie et aux quatre principes de l'AMC. En conséquence, il y a lieu de réaliser que le médecin ne peut briser le secret médical dans n'importe quelle situation. Le cadre implicite du VIH ne laisse donc pas autant de place qu'il n'y paraît à la discrétion.

Ainsi, dès que le médecin a la connaissance de la séropositivité de son patient, qu'il a connaissance également de l'identité du partenaire, qu'il peut le rejoindre et qu'il sait que son patient refuse d'informer lui-même son partenaire, le médecin devrait être justifié de notifier le partenaire de son patient, car la nature de l'infection du VIH et de sa transmission exige le bris du secret médical; éviter la transmission du VIH est une raison impérative et juste ayant trait à la santé du partenaire: c'est donc une juste cause pour briser le secret médical.

Afin de respecter l'article 9 de la Charte, il nous semble que le médecin sera justifié de briser le secret que dans les cas extrêmes où il sera contraire à l'ordre public de rester muet, c'est-à-dire lorsque la protection du public sera manifeste. En effet, la Charte prévoit expressément qu'un droit fondamental peut être limité si

l'ordre public l'exige⁷³.

Cette analyse des lois québécoises spécifiques aux maladies à déclaration obligatoire, à la santé publique et au secret médical démontre, dans un premier temps, qu'il n'existe aucun programme concret de notification aux partenaires telle que définie par l'Organisation Mondiale de la Santé. Elle démontre, dans un deuxième temps, que la direction de la santé publique n'a aucune responsabilité définie concernant la notification aux partenaires et, enfin, que la notification aux partenaires peut se faire par le médecin-clinicien seulement dans des situations particulières et restreintes justifiées par le *Code de déontologie des médecins*, sous réserve de l'interprétation de la Charte.

En l'occurrence, pour le moment, au Québec, le médecin a la responsabilité ou le devoir de notifier les partenaires sexuels seulement lorsque ce patient l'autorisera et y consentira, lorsque les principes d'ordre public l'exigeront et lorsqu'il y sera déontologiquement obligé.

Ceci dit, il y a lieu d'analyser d'autres sources du droit qui pourraient apporter une justification légale à la notification aux partenaires, notamment l'obligation de secours.

B - L'OBLIGATION AU SECOURS

L'obligation au secours bénéficie à une personne qui est en danger ou qui est menacée de subir un préjudice. Dans le cas sous étude, nous examinerons les sources de l'obligation au secours (1) et déterminerons, ensuite, si cette obligation peut servir

⁷³. *Charte des droits et libertés de la personne*, précitée, note 10, art. 9.1: "Les libertés et droits fondamentaux s'exercent dans le respect des valeurs démocratiques, de l'ordre public et du bien-être général des citoyens du Québec.
La loi peut, à cet égard, en fixer la portée et en aménager l'exercice."

d'assise à la notification aux partenaires (2).

1 - Les sources de l'obligation au secours

En droit civil, il existe une obligation de porter secours à une personne en danger⁷⁴, obligation qui se retrouve dans la *Charte des droits et libertés de la personne*⁷⁵, dans l'ancien *Code civil du Bas Canada*⁷⁶, dans le nouveau *Code civil du Québec*⁷⁷, dans la *Loi sur la protection de la santé publique*⁷⁸ et dans le *Code de déontologie des médecins*⁷⁹.

Étant enchâssé dans la Charte québécoise, le droit au secours constitue un

⁷⁴. Jean-Louis BAUDOUIN, *La responsabilité civile délictuelle*, Cowansville, Les éditions Yvon Blais, 1985, p.61.

⁷⁵. Précitée, note 10, art. 2: "*Tout être humain dont la vie est en péril a droit au secours. Toute personne doit porter secours à celui dont la vie est en péril, personnellement ou en obtenant du secours, en lui apportant l'aide physique nécessaire et immédiate, à moins d'un risque pour elle ou pour les tiers ou d'un autre motif raisonnable*".

⁷⁶. *Code civil du bas Canada*, art. 1053: "*Toute personne capable de discerner le bien du mal, est responsable du dommage causé par sa faute à autrui, soit par son fait, soit par imprudence, négligence ou inhabilité*".

⁷⁷. *Code civil du Québec*, art. 13: "*En cas d'urgence, le consentement aux soins médicaux n'est pas nécessaire lorsque la vie de la personne est en danger ou son intégrité menacée et que son consentement ne peut être obtenu en temps utile*". art. 1457: "*Toute personne a le devoir de respecter les règles de conduite qui, suivant les circonstances, les usages ou la loi, s'imposent à elle, de manière à ne pas causer de préjudice à autrui...*". art. 1471: "*La personne qui porte secours à autrui ou qui, dans un but désintéressé, dispose gratuitement de biens au profit d'autrui est exonérée de toute responsabilité pour le préjudice qui peut en résulter, à moins que ce préjudice ne soit dû à sa faute intentionnelle ou à sa faute lourde*".

⁷⁸. L.R.Q., 1977, c. P-35, art. 43.

⁷⁹. *Code de déontologie des médecins*, précité, note 39, art. 2.03.47: "*Lorsqu'un médecin a raison de croire qu'un patient présente une condition susceptible d'entraîner des conséquences graves à moins d'attention médicale immédiate, il doit lui porter secours et lui fournir les soins les meilleurs possibles*".

droit fondamental et quasi constitutionnel. C'est un droit dont toute personne bénéficie lorsque sa vie est en péril; c'est aussi une obligation pour tout citoyen québécois⁸⁰. Le droit au secours énoncé à l'article 2 de la Charte nous indique que lorsque la vie de la personne est en péril, celle-ci a droit au secours. Mais quelle signification doit-on donner à la notion de "*vie en péril*" et dans quelles circonstances doit-on porter secours? Le dictionnaire le Petit Robert définit le péril comme un "*état où l'on court de grands risques; ce qui menace la sûreté, l'existence*". Ainsi, il faut que la vie de la personne soit menacée, voire compromise, pour qu'elle ait droit au secours. "*Si la vie n'est pas en péril, il n'y a pas d'obligation*"⁸¹, nous enseignait la doctrine en 1980. Une décennie plus tard, le professeur Nootens confirmait cette interprétation donnée à l'obligation de secours de la Charte:

"Dans l'acceptation la plus courante, ceci suppose, selon nous, une menace immédiate pour la vie, autrement dit une menace de lésions graves ou de mort à brève échéance s'il n'y pas d'intervention extérieure. Cet article 2 réfère en effet à l'assistance physique immédiate, terme repris par l'arrêt *Carignan c. Boudreau*. A notre connaissance, il ne lui a pas été donné une portée plus large que les mots expriment"⁸².

L'obligation au secours "*n'est pas limitée au médecin, qui a déjà une obligation spécifique de prodiguer des soins en cas d'urgence, mais il s'applique à toute personne*"⁸³. Par contre, cette obligation est limitée lorsque le secouriste risque lui-même de mettre sa vie ou celle d'un tiers en péril⁸⁴. Dans un tel cas, le risque ne

⁸⁰. Rodgers MAGNET, "The right to emergency medical assistance in the province of Quebec", (1980) 40 *R. du B.* 373, 397.

⁸¹. *Id.*

⁸². Suzanne NOOTENS, "La divulgation par le médecin de l'existence d'une maladie transmissible sexuellement", (1991) 70 *Revue du Barreau Canadien* 517, 528-529.

⁸³. *Id.*, p. 529.

⁸⁴. Francine DROUIN BARAKETT et Pierre-Gabriel JOBIN, "Une modeste loi du bon samaritain pour le Québec", (1976) 54 *R. du B. Can.* 290, 291.

risque ne doit pas être singulier. Il doit être relativement sérieux pour justifier le refus d'aider une autre personne⁸⁵. Ainsi, lorsque la vie de la personne est en péril et que le bon samaritain court peu de risques, il se conforme à cette obligation s'il apporte lui-même une aide physique immédiate et nécessaire à la victime ou s'il requiert l'aide d'un tiers⁸⁶.

En plus des dispositions de la Charte, il existe l'obligation civile générale d'agir en personne raisonnable, obligation codifiée dans le *Code civil du Québec* sous la rubrique "*Responsabilité civile*" et aussi sous celle "*De certains droits de la personnalité*"⁸⁷. Ainsi, mentionne le professeur Nootens, "*outré l'obligation de respecter les règles de droit positif, tout individu est tenu de se conformer à des normes de conduite, de prudence, de diligence et d'habileté que la société est en droit d'attendre de ses membres. Son comportement est mesuré à une aune abstraite, celle de l'homme diligent et raisonnable, placé dans les mêmes circonstances, et traditionnellement désigné comme le "bon père de famille"*"⁸⁸. L'omission d'agir constitue une faute lorsque, dans une situation similaire, le bon père de famille ou la personne raisonnable aurait agi. En droit québécois, on admet aisément que le citoyen raisonnable et prudent doive prêter secours aux personnes en danger⁸⁹. Il suffit d'être en présence d'une personne qui a besoin d'aide pour que s'impose l'obligation de lui porter secours. Depuis l'entrée en vigueur du nouveau *Code civil du Québec*, le bon samaritain ayant agi en toute bonne foi est maintenant exonéré de toute responsabilité et ne peut plus être poursuivi par la personne qu'il a secourue, advenant qu'il lui ait causé un dommage

85. *Id.*

86. *Id.*, p. 292.

87. *Code civil du Bas Canada*, précité, note 76 et *Code civil du Québec*, précité, notes 31, 47 et 77.

88. S. NOOTENS, *loc. cit.*, note 82, p.533.

89. F. DROUIN BARAKETT et P.-G. JOBIN, *loc. cit.*, note 84.

lors du secours⁹⁰.

Pour sa part, l'obligation déontologique du médecin de porter secours⁹¹ ne se limite pas seulement aux situations où la vie est en péril, contrairement à l'obligation au secours de la Charte. Dès qu'un médecin a raison de croire qu'un patient présente une condition susceptible d'entraîner des conséquences graves, il est tenu de lui porter secours et de lui fournir les meilleurs soins possibles⁹². Nous sommes d'opinion que l'expression "*conséquences graves*" ne vise pas seulement la mort de la personne mais également l'atteinte permanente à son intégrité physique telle que la paralysie, la perte de fonction importante, la perte d'un membre etc.

Nous remarquons que les trois dispositions législatives ci-haut étudiées n'exigent pas le même niveau de gravité pour que s'impose l'obligation de secours. Selon la Charte, la vie de la personne à secourir doit être menacée, voire compromise et être en danger de mort immédiate. Selon le code de déontologie, l'intégrité physique de la personne à secourir doit être en danger mais sans qu'il y ait nécessairement danger de mort immédiate. Enfin, selon les principes de la responsabilité civile, il y a lieu de porter secours lorsqu'une personne en a besoin.

Ceci dit, examinons si l'obligation au secours peut justifier la notification aux partenaires.

⁹⁰. *Code civil du Québec*, art. 1471: "La personne qui porte secours à autrui ou qui, dans un but désintéressé, dispose gratuitement de biens au profit d'autrui est exonérée de toute responsabilité pour le préjudice qui peut en résulter, à moins que ce préjudice ne soit dû à sa faute intentionnelle ou à sa faute lourde".

⁹¹. *Code de déontologie des médecins*, précité, note 79.

⁹². *Id.*

2 - *L'obligation au secours - assise juridique à la notification?*

Afin de répondre à cette interrogation, nous devons adopter une attitude juridique ouverte et ne pas nous limiter à comparer la présente situation aux décisions déjà rendues, car nous sommes dans un domaine où le droit est à la remorque de la réalité, de la société.

Nous devons prendre en considération toutes les conséquences qu'entraîne le fait d'être infecté par le VIH ou le SIDA.

Comme nous l'avons déjà mentionné, le virus de l'immunodéficience humaine est présentement incurable, faute de remède. Le virus ne se manifestera pas nécessairement chez toutes les personnes qui en sont porteuses, mais chez celles où il sera actif, ces personnes devront porter une attention particulière constante au développement de leur maladie et consommer une médication qui n'est pas nécessairement au point et qui est, du reste, très coûteuse. De plus, les personnes chez qui la maladie atteindra la phase SIDA vivront plusieurs années de souffrance, de détérioration physique et psychologique avant de s'éteindre. Si nous ne sommes pas en présence d'une mort immédiate, nous sommes certainement en présence d'une forte probabilité de contamination, d'atteinte physique, de dégénérescence physique et de mort à plus ou moins brève échéance. Dans un certain sens, la vie du partenaire est menacée. Il subira des conséquences graves suite à la contamination et il subira un dommage irréparable.

Il est indéniable que, pour le bien de notre société, nous devons interpréter largement les dispositions législatives ci-haut mentionnées pour permettre au médecin de prendre les moyens nécessaires afin de protéger la vie du partenaire du patient contaminé, et ce, en bonne conscience et sans être hanté par le spectre d'une éventuelle poursuite judiciaire.

A la lecture et compte tenu de l'interprétation des dispositions québécoises encadrant l'obligation de secours, pouvons-nous prétendre qu'un médecin a l'obligation de protéger le partenaire du patient porteur du VIH? Autrement dit, la

vie du partenaire est-elle en péril au sens de la Charte? Peut-il subir des conséquences graves au sens du Code de déontologie si le médecin omet de parler? Est-il en danger au sens des règles de la responsabilité civile?

a - L'article 2 de la Charte

Pour que le médecin ait une obligation de secours envers le partenaire de son patient atteint du virus de VIH ou du SIDA, il doit être établi que le risque que le partenaire soit contaminé par ces virus représente en soi une menace pour sa vie et sa santé au sens l'article 2 de la *Charte des droits et libertés de la personne*⁹³. Dans l'affirmative, le médecin sera autorisé à informer le partenaire menacé⁹⁴. A l'analyse cependant et en se référant au principe de proportionnalité, la menace de contamination par le SIDA ne rencontrerait pas, selon la professeur Nootens, les exigences de la Charte:

"Et le SIDA? On peut discuter de l'ampleur du danger de transmission du virus lors de la relation sexuelle: celui-ci est beaucoup plus faible que pour d'autres maladies vénériennes ou l'hépatite par exemple; il croît évidemment avec la fréquence des relations et varie de 7 à 68% pour des relations prolongées⁶³. Les prises de position en faveur d'un devoir de révéler l'affection sont donc fondées beaucoup plus sur la gravité des conséquences si la contagion a lieu. L'on sait que la victime, une fois le virus transmis, peut développer rapidement la maladie ou encore être porteuse à son tour pendant des périodes aussi longues que sept à dix ans avant que les symptômes ne se manifestent⁶⁴. Il est donc difficile, dans la majorité des cas, de parler de menace immédiate pour la vie. D'autre part, une fois déclarée, et en l'état actuel des connaissances, la maladie est mortelle à plus ou moins brève échéance, même si une médication administrée précocement permet de retarder son évolution⁶⁵."

⁹³. S. NOOTENS, *loc. cit.*, note 82, p. 529.

⁹⁴. *Id.*

⁹⁵. *Id.*, p. 531.

Lorsque nous avons défini le terme péril plus haut, nous avons constaté qu'il voulait dire quelque chose qui menace la sûreté, l'existence d'une personne. Conjugée avec le texte de l'article 2 de la Charte, la menace doit être immédiate. Être contaminé par le VIH ou le SIDA n'entraîne peut-être pas la mort dans un court laps de temps, mais en être contaminé signifie que la vie sera beaucoup plus brève que prévu. Dans l'état actuel de la science médicale, considérant qu'il n'existe aucun remède et que le VIH et le SIDA sont des maladies fatales, il y a lieu de voir un péril dans la transmission du virus, et une nécessité de porter secours immédiatement au partenaire, contrairement à ce qu'en conclut le professeur Nootens. Le médecin portera secours au partenaire en lui permettant de connaître l'état de santé de son conjoint séropositif et en lui enseignant toutes les précautions à prendre pour éviter la transmission du virus. Pour le partenaire qui serait déjà contaminé, le secours lui permettrait de s'interroger sur son état de santé, de le connaître, d'entreprendre un suivi médical et de se voir administrer une médication afin de retarder l'évolution du virus ce qui lui donnerait, par ce fait même, une meilleure qualité de vie.

A ce jour, nos tribunaux ont interprété l'article 2 de la Charte de façon beaucoup plus restrictive se limitant à appliquer le droit au secours aux situations d'extrême nécessité et de mort quasi immédiate, tout comme nous l'avons déjà mentionné. Il semble, quant à nous, qu'une interprétation juridique plus large devrait être donnée à la Charte afin d'obliger le médecin à porter secours au partenaire pour lui permettre de se protéger de son conjoint séropositif, et ce, pour éviter la transmission du virus et l'abrègement de la vie. Ceci dit, qu'en est-il de l'obligation déontologique de secours?

b - *Code de déontologie des médecins*

L'obligation de secours découlant du *Code de déontologie des médecins* se retrouve à son article 2.03.47. Cet article précise qu'une relation médecin-patient doit

préalablement exister pour que l'obligation au secours naisse⁹⁶. C'est envers le patient et non un tiers que celle-ci s'impose. Cette disposition ne permet donc pas au médecin traitant d'informer le partenaire du patient séropositif qu'il risque de l'attraper également.

Par ailleurs, l'obligation de porter secours peut se retrouver implicitement dans un autre article du code de déontologie. En effet, en vertu de l'article 3.04 le médecin peut transgresser le secret professionnel lorsqu'il y a une raison impérative et juste ayant trait à la santé du patient ou de son entourage⁹⁷. Cet article accorde implicitement un pouvoir discrétionnaire au médecin de porter secours aux proches du patient. Il a le choix de divulguer ou non certaines informations médicales concernant le patient à l'entourage de ce dernier.

Interprété en fonction des réalités médicales du VIH et du SIDA, il nous semble, comme nous l'avons mentionné préalablement, que l'article 3.04 du Code de déontologie des médecins octroie au médecin le droit de dévoiler au partenaire du patient la séropositivité de ce dernier car il y a une raison impérative et juste ayant trait à la santé du partenaire. Sans ce bris du secret médical, le partenaire peut ne jamais être informé du danger auquel il est exposé, être contaminé par le VIH à son tour et contaminer. Dans ce contexte, le libellé de l'article 3.04 du Code de déontologie des médecins nous semble devenir une autorisation expresse de la loi justifiant le bris du secret médical au sens de la Charte.

Quant à la théorie dominante⁹⁸ qui n'attribue à l'article 3.04 du code de déontologie aucune obligation de secours pour le médecin mais plutôt une discrétion de porter secours, la discrétion du médecin pourra s'exercer selon les

⁹⁶. *Code de déontologie des médecins*, précité, note 79.

⁹⁷. *Code de déontologie des médecins*, précité, note 53.

⁹⁸. P. LESAGE-JARJOURAS, J. LESSARD et S. PHILIPS-NOOTENS, *op. cit.*, note 43, p. 281; S. NOOTENS, *loc. cit.*, note 82; N. VALLIERE, *loc. cit.*, note 33.

recommandations de l'Association Médicale Canadienne⁹⁹ (AMC) que nous avons énumérées précédemment, recommandations qui ne sont que des lignes directrices, n'ayant aucun pouvoir normatif. A ces recommandations, nous devons ajouter ceux établis par la doctrine et la jurisprudence tels que résumés par les auteurs¹⁰⁰. Ainsi, le médecin devra être en présence d'un patient porteur du virus du VIH ou du SIDA réellement diagnostiqué¹⁰¹, qui manifeste son intention de continuer à avoir des relations sexuelles non protégées avec la personne menacée¹⁰², qui démontre une attitude irresponsable et qui refuse que son partenaire soit averti de son état de santé¹⁰³. Le patient doit être averti de la démarche de notification qui sera faite par le médecin¹⁰⁴. A cet égard, il est important de préciser que la révélation sera justifiée seulement si elle est susceptible d'amener des mesures de prévention que l'on ne prendrait pas autrement¹⁰⁵, qu'il n'y a pas d'autres moyens de prévenir le dommage et que la révélation s'impose, au yeux du médecin, comme une nécessité dans les circonstances¹⁰⁶. Quant au partenaire, il doit être menacé directement et doit être identifié ou facilement identifiable. Il doit s'agir du conjoint ou de la personne partageant la vie du patient et le médecin n'a pas à jouer à l'enquêteur pour découvrir l'identité du partenaire menacé¹⁰⁷. Le médecin doit avoir la

⁹⁹. D. CASSWELL, *loc. cit.*, notes 70 et 71;

¹⁰⁰. P. LESAGE-JARJOURA, J. LESSARD et S. PHILIPS-NOOTENS, *op. cit.*, note 43, p. 282; S. NOOTENS, *loc. cit.*, note 82, p.541.

¹⁰¹. *Id.*

¹⁰². *Id.*

¹⁰³. *Id.*

¹⁰⁴. S. NOOTENS, *Id.*, p. 542; P. LESAGE-JARJOURA, J. LESSARD et S. PHILIPS-NOOTENS, *Id.*.

¹⁰⁵. *Id.*

¹⁰⁶. *Id.*

¹⁰⁷. S. NOOTENS, *Id.*, p. 542 et 543.

conviction que le partenaire n'a pas connaissance du danger et n'a pas de raison de s'en douter¹⁰⁸. Et bien sûr, le médecin ne doit informer que la personne directement menacée. Dans ces circonstances, le médecin sera déontologiquement et éthiquement justifié à informer le partenaire inconscient de la menace qui pèse sur lui¹⁰⁹.

Après avoir analysé l'obligation de secours découlant autant de la Charte que du code de déontologie, qu'en est-il de celle découlant du droit civil?

c - La responsabilité civile

Relativement à l'obligation de porter secours découlant des règles de la responsabilité civile, la loi, la doctrine et la jurisprudence enseignent que pour qu'il y ait une faute entraînant la responsabilité d'une personne, cette dernière doit avoir transgressée les règles de conduite qui, suivant les circonstances, les usages ou la loi, s'imposent à elle. Elle doit de plus avoir causé directement un dommage à autrui. Il faut donc déterminer à l'égard de qui, et dans quelles circonstances, le médecin devra agir pour aviser le partenaire du risque qu'il court¹¹⁰.

La majorité des auteurs¹¹¹ prétendent qu'aucune disposition législative ne permet expressément au médecin traitant de divulguer de l'information médicale au partenaire du patient porteur du VIH et du SIDA. Le médecin traitant n'a donc aucune obligation légale d'agir¹¹², mais a plutôt une obligation légale de confidentialité.

¹⁰⁸. S. NOOTENS, *Id.*, p. 543.

¹⁰⁹. *Id.*, p. 539.

¹¹⁰. *Id.*, p. 533.

¹¹¹. P. LESAGE-JARJOURA, J. LESSARD et S. PHILIPS-NOOTENS, *op. cit.*, note 43, 281; S. NOOTENS, *loc. cit.*, note 82; N. VALLIERE, *loc. cit.*, note 33.

¹¹². S. NOOTENS, *Id.*, p. 538.

1457

Pour pouvoir aviser le partenaire, il devra convaincre son patient de l'informer lui-même ou obtenir son consentement pour agir à sa place. A défaut, le médecin traitant n'a aucune responsabilité envers le partenaire. Une seule exception à ce principe: la situation dans laquelle le partenaire est également un des patients du médecin¹¹³:

"Une exception d'importance tempère cependant notre conclusion, et elle comporte un resserrement des critères énoncés dans l'arrêt Tarasoff: pour que le médecin ait un devoir de divulgation, il ne suffit pas qu'il ait des relations particulières avec une des deux parties, à savoir ici le patient porteur de la maladie, mais il faut qu'il en ait avec les deux parties en cause. En effet, si le conjoint ou partenaire de la personne atteinte est en même temps, lui aussi, un patient du médecin, nous estimons que celui-ci a dès lors une obligation de protection spéciale à son égard, entraînant dans ce seul cas une véritable obligation d'agir, et l'abstention serait fautive⁽⁹³⁾. L'obligation de soigner dont le médecin est débiteur en raison du contrat médical n'emporte-t-elle pas pour lui l'obligation de protéger son patient contre toute atteinte à sa santé lorsque ceci est à sa portée par des moyens raisonnables? Cet aspect de la relation de confiance nous semble ici beaucoup plus important que celui qui est relatif à la confidentialité. Le patient qui met l'autre en danger ne doit certes pas s'attendre à ce que son droit au secret soit, dans de telles circonstances, respecté par le médecin à l'égard du conjoint menacé⁽⁹⁴⁾."¹¹⁴

Dans le cas où le médecin a comme patient le ou les partenaires de la personne séropositive, l'existence de la relation médecin-patient entraîne l'émergence d'une multitude de responsabilités puisque le médecin doit toujours agir dans le meilleur intérêt de son patient¹¹⁵. Ainsi, il est tenu de prescrire des tests ou

¹¹³. P. LESAGE-JARJOURA, J. LESSARD et S. PHILIPS-NOOTENS, *op. cit.*, note 43, p. 281; S. NOOTENS, *loc. cit.*, note 82, p. 539.

¹¹⁴. *Id.*

¹¹⁵. Code d'éthique de l'Association Médicale Canadienne dans Françoise BAYLIS et Jocelyn DOWNIE, *Code of Ethics*, Toronto, Department of bioethics, The hospital for sick children, 1992, p. 35: "An ethical physician - I - consider first the well-being of the patient".

traitements qui sont nécessaires pour le bien-être de la santé de son patient¹¹⁶, et depuis 1996, il doit agir de la même façon envers les tierces personnes¹¹⁷. Il doit de plus établir son diagnostic avec la plus grande attention¹¹⁸ et le communiquer à son patient¹¹⁹.

Connaissant la présence du risque pour son patient d'être infecté par le VIH, et agissant dans son meilleur intérêt, le médecin pourra lui prescrire un ensemble de tests pour contrôler son état de santé. Suivant l'opinion du professeur Nootens, le médecin pourra, entre autres, prescrire le test de dépistage du VIH afin de déterminer s'il en a été contaminé. Le médecin doit toutefois informer son patient sur la nécessité de chaque test qu'il entend lui faire passer et il doit obtenir son consentement. Si le patient n'a pas de relations sexuelles avec des partenaires multiples, il sera certainement intrigué par la nécessité de passer le test de dépistage du VIH et questionnera en ce sens son médecin. C'est à ce moment-là que le médecin n'aura d'autre choix que de briser le secret médical existant entre lui et son autre patient et d'informer son patient des risques auxquels il est exposé ou pourrait être exposé dans le futur, à moins que le patient déjà diagnostiqué n'ait avisé lui-

¹¹⁶. *Id.*, art. 8: "An ethical physician will recommend only diagnostic procedures that are believed necessary to assist in the care of the patient, and therapy that is believed necessary for the well-being of the patient. The physician will recognize a responsibility in advising the patient of the findings and recommendations and will exchange such information with the patient as is necessary for the patient to reach a decision"; et Code de déontologie des médecins, précité, note 39, art. 2.03.21: "Le médecin ne doit fournir un soin, donner une ordonnance de médicament ou de traitement que si ceux-ci sont médicalement nécessaires".

¹¹⁷. ASSOCIATION MEDICALE CANADIENNE, *Code of Ethics*, approved by General Council 1996, art. 14: "Recommend only those diagnostic and therapeutic procedures that you consider to be beneficial to your patient or to others; if a procedure is recommended for the benefit of others, as for example in matters of public health, inform your patient of this fact and proceed only with explicit informed consent or when required by law".

¹¹⁸. *Code de déontologie des médecins*, précité, note 39, art. 2.03.18: "Le médecin doit élaborer son diagnostic avec la plus grande attention, en utilisant les méthodes scientifiques les plus appropriées et, si nécessaire, en recourant aux conseils les plus éclairés".

¹¹⁹. F. BAYLIS et J. DOWNIE, *op. cit.*, note 115; et *Id.*, art. 2.03.30: "A moins dans tous les cas qu'il n'y ait juste cause, le médecin ne doit pas dissimuler un pronostic grave ou fatal à un patient qui en requiert la révélation".

même son partenaire et que ce dernier n'ait consulté le médecin suite à cette information.

Selon nous, la possibilité pour le médecin de briser le secret médical ne saurait se limiter à la seule situation où le partenaire de la personne séropositive est également son patient. Nous n'y voyons aucune différence avec la situation où le médecin a les coordonnées du partenaire du patient et sait que ce dernier ne communiquera pas son état de santé à son partenaire. Il nous semble que dès que le médecin connaît l'identité du partenaire, qu'il a suffisamment d'informations pour le rejoindre et qu'il le croit en danger de contamination, la personne séropositive refusant de l'informer, il a l'obligation de le notifier, que ce partenaire soit ou non son patient.

Ceci nous paraît d'autant plus justifié si l'on considère que les exceptions au secret médical indiquées aux articles 3.01, 3.04 et 3.05 du Code de déontologie sont, selon nous, des dispositions expresses de la loi au sens de l'article 9 de la charte. Cependant, l'obligation de porter secours du médecin traitant envers les partenaires sexuels du patient séropositif que ce dernier aura dûment identifiés doit être tempérée. D'une part, le médecin n'a pas l'obligation de porter secours à une personne qu'il ne peut identifier. D'autre part, si le patient séropositif a déjà informé son partenaire de son état de santé, le médecin n'a plus l'obligation de le faire. Le recours en responsabilité civile par le partenaire contre le médecin devra démontrer, dans un premier temps, que le médecin avait l'obligation d'informer ce partenaire, qu'il pouvait l'identifier et qu'il savait que son patient ne l'avait pas informé de son état de santé et qu'il a commis une faute en n'informant pas le partenaire du danger auquel il était exposé; dans un deuxième temps, que le partenaire a subi un dommage, c'est-à-dire qu'il a été contaminé par le VIH; et troisièmement, qu'il y a un lien de causalité entre la faute et le dommage.

A toute fin pratique, il apparaît donc qu'actuellement au Québec les

dérogrations expresses au secret médical, permettant de notifier un partenaire sexuel, autres que celles permises avec le consentement du patient ou lorsque l'ordre public l'exige, sont extrêmement limitées et ne sont pas interprétées juridiquement de façon large. De même, il appert que le département de santé publique du Québec n'a aucune stratégie globale de notification. Comme nous l'avons mentionné, le directeur de la santé publique n'agit que sur demande expresse d'un médecin-clinicien aux prises avec une situation embarrassante. La *Loi sur la protection de la santé publique* et son règlement d'application sont rédigés de façon à favoriser la confidentialité aux dépens de la protection de la santé de la communauté. En conséquence, il y aurait lieu d'amender les lois et règlements actuels ou de créer une nouvelle loi afin de concevoir un programme de notification explicite qui respecterait clairement la *Charte des droits et libertés de la personne*¹²⁰ et qui suivrait l'initiative de l'Organisation Mondiale de la Santé¹²¹.

Le VIH est d'une complexité scientifique reconnue. Aucun remède curatif n'a été découvert jusqu'à maintenant. Le virus atteint directement le système immunitaire de ses victimes et les entraîne lentement vers la mort. La propagation de ce virus est vertigineuse. Il s'agit de la santé de toute une population qui est en cause. Tout en respectant le secret professionnel, il importe donc d'accorder une place de choix aux droits des partenaires. L'enjeu est justement d'établir un système de notification respectant à la fois le patient et le partenaire. Afin d'élaborer un tel modèle de notification, il nous semble opportun d'examiner préalablement certaines expériences voisines, à savoir celles des autres provinces et territoires canadiens et de certains Etats des Etats-Unis et déterminer en quoi leur attitude diffère de celle du Québec.

¹²⁰ . Précitée, note 10.

¹²¹ . ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, *op. cit.*, note 7.

**PARTIE II - LA MULTIPLICITE DES PROGRAMMES DE
NOTIFICATION AUX PARTENAIRES SEXUELS DANS LE CANADA
ANGLOPHONE ET AUX ETATS-UNIS**

Le Québec est le seul territoire en Amérique du Nord où est exercé le droit civil dont la source est la loi écrite. Au Canada anglais et aux Etats-Unis, ce sont plutôt les principes de common law qui s'appliquent. De cette dernière découle, entre autres, deux obligations pour le médecin: le respect du secret médical et l'obligation de protéger. La deuxième obligation étant une exception à la première permet ainsi la notification aux partenaires lorsque certains critères sont rencontrés. En sus de la common law, chaque province et territoire canadien ainsi que chaque Etat américain possèdent un ensemble de lois écrites concernant la santé publique, les maladies transmises sexuellement et, parfois, la notification aux partenaires. Nous aborderons dans cette partie, les obligations générales de common law (Para. 1), l'expérience canadienne (Para. 2) et l'expérience américaine en matière de notification aux partenaires (Para. 3).

Para. 1 - LES OBLIGATIONS GENERALES DE COMMON LAW

Selon la common law, la relation médecin-patient entraîne la formation d'un contrat implicite dont l'obligation de confidentialité est une des composantes¹²². Dans le cadre de la relation médecin-patient le maintien de la confidentialité est fondamental¹²³. Le médecin a l'obligation de garder confidentielles toutes informations concernant son patient et constituant son dossier médical, et ce, tant que ce dernier ne l'autorise pas à les divulguer¹²⁴.

¹²². Arthur J. MEAGHER, Peter J. MARR et Ronald A. MEAGHER, *Doctors and Hospitals Legal Duties*, Toronto, Butterworths, 1991, p.237: "Where no statute or express contract applies, the courts have usually held that the doctor-patient relationship is based on implied law, under which the many duties of a doctor to his patient, including the duty of confidentiality, are implied".

¹²³. E.I. PICARD, *op. cit.*, note 33; A.J. MEAGHER, P.J. MARR et R.A. MEAGHER, *op. cit.*, note 119.

¹²⁴. E.I. PICARD, *op. cit.*, note 36.

Au cours de sa carrière, un médecin qui traite des patients porteurs de maladies transmissibles sera inévitablement confronté à la notification aux partenaires et au dilemme découlant de la confrontation de deux obligations fondamentales: l'obligation de confidentialité et l'obligation de protéger une tierce personne contre la contagion par le VIH¹²⁵. Cette dernière obligation de common law oblige le médecin à protéger une tierce personne contre un danger imminent provenant de son patient¹²⁶. C'est le concept du "duty to warn". Bien que n'étant pas codifiée, cette obligation doit être respectée.

La décision la plus célèbre en la matière, impliquant la communauté médicale, est l'affaire *Tarasoff v. The Regents of the University of California*¹²⁷. Dans cette affaire, un étudiant confie à son psychologue qu'il a l'intention de tuer un collègue étudiant. Lors de cet entretien, le collègue en question est très bien identifié par le patient. Peu après, le patient exécute ses propos. Les parents de la victime poursuivent le psychologue et lui reprochent d'avoir omis de les aviser et d'aviser la victime du danger imminent. Ils soutiennent entre autres que, par cette omission, le médecin-traitant a contrevenu à son obligation de protéger le public. La Cour suprême de la Californie décide effectivement que, dans ces circonstances, le psychologue avait l'obligation de protéger une personne identifiable contre un danger réel¹²⁸.

¹²⁵. Ronald B. BAYER et Kathleen E. TOOMEY, "HIV Prevention and the Two Faces of Partner Notification", (1992) vol. 82 no. 8 *American Journal of Public Health* 1158, p. 1160.

¹²⁶. Melissa GILLESPIE, "AIDS: Detection and Control", (1989) 47 *University of Toronto Faculty of Law Review* 354, p.369: "As a general rule, physicians are compelled to serve two masters. On the one hand, they owe a duty of confidentiality to their patients, which if breach may result in civil sanctions. On the other hand, they have a duty to protect third parties from potential harm which their patient may cause. This general duty to warn is found in the case of *Tarasoff v. Regent of University of California*⁹⁸".

¹²⁷. 551 P. 2d 334 (Cal. 1976).

¹²⁸. Lorne E. ROZOVSKY et Fay A. ROZOVSKY, *Canadian Health Information*, Second edition, Toronto, Butterworths, 1992, p.88.

Bien que cette décision provienne d'un Etat américain et qu'elle soit suivie aux Etats-Unis, nous croyons que les principes qui s'en dégagent pourraient être invoqués par un médecin pratiquant en terrain canadien, à l'exclusion du Québec, pour protéger une tierce personne identifiable contre les dangers d'être contaminée par le VIH ou le SIDA. Considérant que le virus se propage surtout lors de relations sexuelles, il est approprié d'informer le partenaire sexuel du patient afin d'éviter cette propagation¹²⁹. Lorsque le médecin-clinicien a la confirmation que son patient est séropositif et que celui-ci refuse d'adopter un comportement sexuel sécuritaire afin de ne pas transmettre le virus à ses partenaires, qu'il refuse catégoriquement d'informer lui-même ses partenaires sexuels de son état de santé et qu'il représente pour eux un réel danger¹³⁰, le médecin-clinicien a l'obligation légale et morale de prendre les moyens nécessaires pour avertir ces partenaires innocents afin d'éviter la transmission du VIH¹³¹.

Nous revenons en quelque sorte aux critères établis par l'Association Médicale Canadienne¹³² (AMC) ainsi qu'à ceux élaborés par la doctrine et la jurisprudence¹³³. Nous croyons que tous les médecins exerçant dans les provinces et territoires de common law devraient agir en fonction de ces critères avant d'intervenir auprès des partenaires des patients. Il est vrai que le partenaire sexuel peut déjà être infecté par le virus au moment où il sera avisé par le médecin de la possibilité de contagion. Dans ce cas, le risque est déjà réalisé et le partenaire n'est plus "à risque" au sens de l'obligation de protéger. Par contre, le médecin ne peut

¹²⁹. L.E. ROZOVSKY et F.A. ROZOVSKY, *AIDS and Canadian Law*, Toronto, Butterworths, 1992, p.22.

¹³⁰. Barney SNEIDERMAN, John C. IRVINE et Philip H. OSBORNE, *Canadian Medical Law*, Toronto, Carswell, 1989, p. 183.

¹³¹. R.B. BAYER et K.E. TOOMEY, *loc. cit.*, note 122, p. 1161.

¹³². D. G. CASSWELL, *loc. cit.*, notes 70 et 71; et ASSOCIATION MEDICALE CANADIENNE, précitée, note 70.

¹³³. S. NOOTENS, *loc. cit.*, notes 97 à 105.

présumer que le partenaire sexuel est déjà infecté. Il doit plutôt prendre pour acquis la situation inverse et agir de façon à éviter la propagation¹³⁴. Dans le contexte des maladies transmises sexuellement et du VIH, cette obligation doit être suivie par les médecins-cliniciens¹³⁵.

Il en est de même aux Etats-Unis, plus de dix ans après la décision *Tarasoff*: bien qu'elles l'aient publiquement dénoncé, plusieurs associations médicales américaines ont en effet adopté une position favorisant l'obligation de protéger. Ces associations étaient à juste titre préoccupées par les réalités reliées à l'infection du VIH et constataient qu'il serait éthiquement inacceptable au médecin de maintenir la confidentialité lorsqu'il sait qu'il y aura transmission du virus¹³⁶ du VIH.

En 1987, l'Association Américaine de psychiatrie déclarait par exemple qu'il était éthiquement permis pour le médecin de notifier les partenaires qu'il croyait être à risque si le patient refusait de changer son comportement ou d'informer ses partenaires de sa condition médicale¹³⁷.

En 1988, L'Association médicale Américaine prenait position à l'effet que si le médecin ne réussissait pas à convaincre son patient de notifier lui-même ses partenaires à risque, il devrait demander l'assistance du département de santé publique pour le faire. Si, par ailleurs, cette instance ne réussissait pas non plus la notification, le médecin devrait prendre tous les moyens nécessaires pour y arriver¹³⁸.

Par la suite, en 1990, l'Académie Américaine des médecins de famille déclarait que si le médecin ne réussissait pas à convaincre le patient de notifier lui-même ses partenaires, il devenait éthiquement obligé de les avertir car le droit de

¹³⁴. L.E. ROZOVSKY et F.A. ROZOVSKY, *op. cit.*, note 126, p.22.

¹³⁵. R.B. BAYER et K.E. TOOMEY, *loc. cit.*, note 122, p. 1161.

¹³⁶. *Id.*

¹³⁷. *Id.*

¹³⁸. *Id.*

ces partenaires d'être informés l'emportait sur le droit à la confidentialité des informations concernant le patient¹³⁹.

Le concept de "*duty to warn*" permet donc la notification aux partenaires dans des situations précises. Mais les lois des provinces et territoires canadiens permettent-elles aux instances de santé publique et au médecin-clinicien de faire la notification aux partenaires?

Para. 2 - LA BIPOLARITE DES PROGRAMMES DE NOTIFICATION AUX PARTENAIRES SEXUELS AU CANADA ANGLAIS

Bien que chaque province et territoire canadien possède une Charte des droits de la personne¹⁴⁰, nous ne trouvons dans ces textes aucune disposition donnant au secret médical un caractère privilégié comme le fait l'article 9 de la Charte québécoise¹⁴¹. Nous ne trouvons pas non plus de disposition écrite similaire à l'article 2 de la Charte québécoise¹⁴².

Par contre, tout comme le législateur québécois, les provinces et territoires

¹³⁹. *Id.*

¹⁴⁰. ALBERTA: *Alberta Bill of Rights*, S.A., 1980, c. A-16; COLOMBIE-BRITANNIQUE: *Human Rights Act*, R.S.B.C., 1979, c. 185.5; ILE-DU-PRINCE-EDOUARD: *Human Rights Act*, R.S.P.E.I., 1988, c. H-12; MANITOBA: *Loi sur les droits de la personne*, L.R.M., 1987, c. H175; NOUVEAU-BRUNSWICK: *Loi sur les droits de la personne*, L.R.N.B., 1973, c. H-11; NOUVELLE-ECOSSE: *Human Rights Act*, R.S.N.S., 1989, c. 214; ONTARIO: *Code des droits de la personne*, R.S.O., 1990, c. H-19; SASKATCHEWAN: *Saskatchewan Human Right Code*, S.S., 1978, c. S-24.1; TERRE-NEUVE: *Human Rights Code*, R.S.N.F.L., 1990, c. H-14; TERRITOIRE DU NORD-OUEST: *Loi prohibant la discrimination*, R.S.T.N.W., 1988, c. F-2; TERRITOIRE DU YUKON: *Human Rights Act*, S.Y., 1987, c.3.

¹⁴¹. Précité, note 10.

¹⁴². Précité, note 75.

canadiens ont légiféré en matière de santé publique et de maladies transmissibles, mais nous y retrouvons cependant des différences. Ainsi, le VIH et le SIDA ont été qualifiés de maladies à déclaration obligatoire dans chaque juridiction¹⁴³ à l'exception de celle de la Colombie-Britannique¹⁴⁴ et du Territoire du Yukon¹⁴⁵, lesquelles n'y ont inscrit que le SIDA. L'Ontario représente un cas particulier. Si le VIH n'est pas inscrit sur la liste des maladies à déclaration obligatoire¹⁴⁶, le ministère de la Santé et le Collège des Médecins en sont néanmoins venus à la conclusion que le VIH étant l'agent causal du SIDA, toutes les personnes porteuses du VIH doivent être rapportées aux autorités de santé de la province¹⁴⁷. Le

¹⁴³. ALBERTA: SIDA: *Communicable Diseases Regulation*, Alta. Reg. 238\85, Schedule 3, VIH: *Communicable Diseases Amendment Regulation*, Alta. Reg. 357\88, art.6; ILE-DU-PRINCE-EDOUARD: *Notifiable and Communicable Diseases Regulation*, R.P.E.I., 1985, c. P-30, art. 17; MANITOBA: *Règlement sur les maladies et les dépouilles mortelles*, Gazette du Manitoba, P210\338\88R, art. 5 et 6; NOUVEAU-BRUNSWICH: *Règlement en vertu de la loi sur la santé*, R.N.S., 88-200, c. H-2, art. 94(1)(s); NOUVELLE-ECOSSE: *Regulation in Respect of the Communicable Diseases Amendments*, N.S. Reg. 8\94, Royal Gazette, Part II, p.57; SASKATCHEWAN: SIDA: *The Communicable Diseases Amendment Regulation*, 1984, Saskatchewan Regulation 57\84, The Saskatchewan Gazette, Part III, June 8, 1984, art. 2; VIH: *The Communicable Diseases Amendment Regulation*, 1987, Saskatchewan Regulation 2\88, The Saskatchewan Gazette, Part III, January 22, 1988, art. 3(1) et *The Communicable Disease Control Regulations*, R.R.S., Saskatchewan Gazette, Part II, novembre 24 1995, p.649; TERRE-NEUVE: *Communicable Disease Schedule Amendment*, Nfld Reg. 60\87, Newfoundland Gazette, Part II, april 3, 1987, vol. 62 no. 14; TERRITOIRE DU NORD-OUEST: *Règlement sur les maladies transmissibles*, R.R.T.N.W., 1990, c. P-13, Annexe A.

¹⁴⁴. *Health Act Communicable Disease Regulation* (includes amendments up to B.C. Reg. 254\95), B.C. Regulation 4\83: Annexe A.

¹⁴⁵. *Public Health Act*, Order in council 1989\188, Schedule 1: List of communicable disease.

¹⁴⁶. *Specification of Reportable Diseases*, Ontario Regulation 559\91 made under the Health Protection and Promotion Act, Ontario Regulation Services, R.R.O., 1990, 1991-1992, vol. 1, O. Reg. 559\91.

¹⁴⁷. Philip B. BERGER, "AIDS and the Law: Problems with the Ontario Health Protection and Promotion Act, 1983 - A Physician' Perspective" dans Bernard DICKENS et Monique OUELLETTE, *Soins de santé, Ethique et Droit*, Institut canadien d'administration de la justice, Montréal, Les éditions Thémis, 1993, p.179.

législateur ontarien a par ailleurs prévu dans le règlement d'application de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*¹⁴⁸ le rapport obligatoire des cas de VIH pour les cliniques qui y sont spécifiquement mentionnées, sans avoir pour autant et parallèlement amender la liste des maladies à déclaration obligatoire pour y inclure le VIH!

Dans l'ensemble du Canada, tous les diagnostics de séropositivité ou d'immunodéficience acquise doivent être déclarés par le médecin-clinicien aux instances de santé désignées¹⁴⁹ en prenant soin d'y inscrire les informations nominales du patient¹⁵⁰, lesquelles doivent être gardées confidentielles¹⁵¹ par les

¹⁴⁸ . *Règlement en application de la Loi sur la protection et la promotion de la santé*, O. Reg. 749/91.

¹⁴⁹ . ALBERTA: *Public Health Act*, S.A., 1980, c. 27.1, art. 33(1); COLOMBIE-BRITANNIQUE: *Health Act Communicable Disease Regulation* (includes amendments up to B.C. Reg. 254/95), B.C. Regulation 4\83, art. 2(2); ILE-DU-PRINCE-EDOUARD: *Notifiable and Communicable Diseases Regulations*, R.P.E.I., 1985, c. P-30, art.6; MANITOBA: *Règlement sur les maladies et les dépouilles mortelles*, Gazette du Manitoba, P210\338\88R, art.8; NOUVELLE-ECOSSE: *Health Act*, R.S.N.S., 1989, c. 195, art. 64; NOUVEAU-BRUNSWICH: *Règlement en vertu de la Loi sur la santé*, R.N.B., 88-200, c. H-2, art. 94(2); ONTARIO: *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, R.S.O., 1990, c. H-7, art. 25 et 26; SASKATCHEWAN: *An Act Respecting Public Health*, S.S., 1994, c. P-37.1, art. 34(1)(d); TERRE-NEUVE: *Communicable Disease Act*, R.S.N.F.L., 1990, c. C-26, art. 4; TERRITOIRE DU NORD-OUEST: *Règlement sur les maladies transmissibles*, R.R.T.N.W., 1990, c. P-13, art. 4; TERRITOIRE DU YUKON: *Communicable Diseases Regulation*, Y.T. Reg. 1961\48 as amended by Y.T. Reg. 1970\46, art.4.

¹⁵⁰ . ALBERTA: *Forms Regulation*, Alta. Reg. 193/85, art. 1(1); COLOMBIE-BRITANNIQUE: *Health Act Communicable Disease Regulation* (includes amendments up to B.C. Reg. 254/95), B.C. Regulation 4\83, art. 2(2) et 4; ILE-DU-PRINCE-EDOUARD: *Notifiable and Communicable Diseases Regulation*, R.P.E.I., 1985, c. P-30, art.6; MANITOBA: *Règlement sur les maladies et les dépouilles mortelles*, Gazette du Manitoba, P210\338\88R, art. 43(2), Formule 7; NOUVEAU-BRUNSWICH: *Règlement en vertu de la loi sur la santé*, R.N.S., 88-200, c. H-2, art. 94(3); NOUVELLE-ECOSSE: *Health Act*, R.S.N.S., 1989, C. 195; ONTARIO: *Règlement de l'Ontario 606/91 pris en application de la Loi sur la protection et la promotion de la santé*, O. Reg. 606/91 art. 1(1) et 5(3); TERRE-NEUVE: *Communicable Disease Act*, R.S.N.F.L., 1990, c. C-26, art. 4(2); TERRITOIRE DU NORD-OUEST: *Règlement sur les maladies transmissibles*, R.R.T.N.W., 1990, c. P-13, art. 4; TERRITOIRE DU YUKON: *Communicable Diseases Regulation*, Y.T. Reg. 1961\48 as amended by Y.T. Reg. 1970\46, art. 5(3).

instances de santé afin que l'identité du patient ne soit jamais dévoilée. A ces dispositions de confidentialité s'ajoutent, par ailleurs, celles contenues dans les lois sur la protection des renseignements personnels conférant ainsi une deuxième protection à la confidentialité¹⁵².

Ceci dit, les juridictions canadiennes permettent-elles au médecin-clinicien et au médecin de santé publique d'informer les partenaires des patients porteurs du VIH et du SIDA? Pour y répondre, il importe d'analyser les dispositions qui concernent les médecins-cliniciens (A) et, ensuite, celles qui concernent les médecins de la santé publique (B).

A - LA NOTIFICATION PAR LES MEDECINS-CLINICIENS

Pour quatre provinces à savoir: l'Alberta, l'Ile-du-Prince-Edouard, le Manitoba

¹⁵¹. SASKATCHEWAN: *An Act Respecting Public Health*, S.S., 1994, c. P-37.1, art. 35 et 65, *The department of Health Act*, S.S., 1978, c. D-17, art. 6.4(2) et 12(2), *Privacy Act*, S.S., 1978, c. P-24, *The freedom of information and Protection of privacy act*, S.S., 1978, c. F-22.01, art. 29; MANITOBA: *Règlement sur les maladies et les dépouilles mortelles*, Gazette du Manitoba, P210\338\88R, art. 51; ALBERTA: *Public Health Act*, S.A., 1980, c. P-27.1, art.63; ILE-DU-PRINCE-EDOUARD: *Public Health Act*, R.S.P.E.I., 1988, c. P-30, art.22; TERRE-NEUVE: *Privacy Act*, R.S.N.F.L., 1990, c. P-22; NOUVELLE-ECOSSE: *Health Act*, R.S.N.S., 1989, c. 195, art. 126; NOUVEAU-BRUNSWICH: *Loi sur la santé*, L.R.N.B., 1992, c. H-2, art. 33(1); ONTARIO: *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, R.S.O., 1990, c. H-7, art. 39; COLOMBIE-BRITANNIQUE: *Health Act communicable disease regulation (include amendment up to B.C. Regulation 254/95)*, B.C. Regulation 4/83, art. 6.1, *Privacy Act*, R.S.B.C., 1979, c. 366; TERRITOIRE DU YUKON: *Communicable diseases regulation*, Y.T. Reg. 1961\48 as amended by Y.T. Reg. 1970\46, art. 20.

¹⁵². ALBERTA: *Freedom of Information and Protection of Privacy Act*, S.A., 1980, c. F-18.5; COLOMBIE-BRITANNIQUE: *Freedom of Information and Protection of Privacy Act*, R.S.B.C., 1979, c. 61; MANITOBA: *The Freedom of Information Act*, S.M., 1988, c. F175; NOUVEAU-BRUNSWICK: *Loi sur le droit à l'information*, S.N.B., 1978, c. R-10.3; NOUVELLE-ECOSSE: *Freedom of Information and Protection of Privacy Act*, N.S.S., 1993, c. 5; ONTARIO: *Loi sur l'accès à l'information et à la protection de la vie privée*, R.S.O., 1990, c. F-31; SASKATECHWAN: *The Freedom and Protection of Privacy Act*, S.S., 1978, c. F-22.01; TERRE-NEUVE: *Freedom of Information Act*, R.S.Nfld., 1990, c. F-25; TERRITOIRE DU YUKON: *Loi sur l'accès à l'information*, L.R.Yukon,1986, c.1.

et la Saskatchewan et les deux territoires, la loi permet au médecin-clinicien de faire la notification aux partenaires¹⁵³.

Parmi ces juridictions, trois¹⁵⁴ d'entre elles autorisent spécifiquement le médecin traitant à entrer en contact avec les conjoints pour les informer qu'ils sont ou seraient susceptibles d'être porteurs du VIH ou du SIDA pour avoir eu des relations avec une personne déjà contaminée. Nous retrouvons ces autorisations au Territoire du Yukon où le règlement d'application impose au médecin l'obligation d'informer tous les contacts connus du patient¹⁵⁵; à l'Ile-du-Prince-Edouard où le médecin a la discrétion d'informer ou non les membres de la famille du patient porteur du VIH ou du SIDA, la disposition indique que le médecin "peut" informer et non "doit" informer¹⁵⁶; et en Saskatchewan, où le médecin traitant a la responsabilité de notifier les partenaires identifiés par le patient¹⁵⁷.

Pour cette dernière province, il est intéressant de constater, comparativement

¹⁵³. ALBERTA: *Public Health Act*, S.A., 1980, c. P-27.1, art. 63 (5); ILE-DU-PRINCE-EDOUARD: *Notifiable and Communicable Diseases Regulations*, R.P.E.I., 1985, c. P-30, art. 14; MANITOBA: *Règlement sur les maladies et les dépouilles mortelles*, Gazette du Manitoba, vol. 117 no. 37, P210-338\88R, art. 51 (b); SASKATCHEWAN: *An Act Respecting Public Health*, S.S., 1994, c. P-37.1, art. 34(2); TERRITOIRE DU NORD-OUEST: *Règlement sur les maladies transmissibles*, R.R.T.N.W., 1990, c. P-13, art. 4(1)(e)(i); TERRITOIRE DU YUKON: *Communicable Diseases Regulation*, Y.T.Reg. 1961\48 as amended by Y.T.Reg 1970\46, art. 5(1).

¹⁵⁴. Ile-du-Prince-Edouard, Saskatchewan et Territoire du Yukon.

¹⁵⁵. *Regulations for the Control of Communicable Diseases in the Yukon Territory*, Y.T. Reg. 1961\48 as amended by Y.T. Reg. 1970\46, art. 5(1): "Every medical practitioner who has reason to believe or suspect that one of his patients is infected with a communicable disease shall advise such patient, any persons attending him, and any known contacts or carriers, to adopt the specific control measures for such disease and shall give them the necessary instructions therefor".

¹⁵⁶. *Notifiable and Communicable Diseases Regulations*, R.P.E.I., 1985, c. P-30, art. 14: "A physician, the Chief Health Officer or his delegate may give information concerning the condition of a person who is or is suspected of being infected with a notifiable or other regulated disease to members of the person's family for the protection of their health".

¹⁵⁷. *An Act Respecting Public Health*, S.S., 1994, c. P-37.1, art. 34(2): "A physician or a clinic nurse who receives a request pursuant to subclause 33(4)(c)(ii) shall, within the prescribed time: (a) communicate in the prescribed manner with the contacts..."

aux autres provinces et territoires, malgré qu'il n'y ait aucune peine prévue, que la personne nouvellement diagnostiquée séropositive ou sidéenne a l'obligation de dévoiler, au meilleur de sa connaissance, les coordonnées de ses partenaires à son médecin¹⁵⁸ et d'informer elle-même ses partenaires¹⁵⁹ ou de demander à son médecin traitant de le faire à sa place¹⁶⁰. Dans ce dernier cas, le médecin traitant doit informer le partenaire de son exposition au virus en question¹⁶¹, l'informer qu'il doit prendre la responsabilité de se protéger, qu'il doit consulter un médecin pour que ce dernier pose un diagnostic et lui offre des soins¹⁶²; le médecin doit enfin lui donner l'opportunité d'avoir du counselling¹⁶³. Considérant que ces nouvelles dispositions soient relativement jeunes, la loi ayant été adoptée en 1994, nous n'avons repéré de décision annulant ces dispositions. Par contre, nous anticipons une contestation constitutionnelle de ces dispositions sur la base qu'elles contreviennent au droit à la vie privée¹⁶⁴.

Dans les autres juridictions¹⁶⁵, le médecin peut, ou doit, avec l'autorisation d'une autre personne, informer directement le partenaire. Ainsi, au Territoire du Nord-Ouest, le médecin qui reçoit un résultat positif ou qui a des raisons de croire ou de soupçonner que l'un de ses patients est infecté par une maladie transmissible,

¹⁵⁸. *An Act Respecting Public Health*, S.S., 1994, c. P-37.1, art. 33(4).

¹⁵⁹. *Id.*, art. 33(4)(c)(i).

¹⁶⁰. *Id.*, art. 33(4)(c)(ii).

¹⁶¹. *The Communicable Disease Control Regulations*, R.R.S., c. P-37.1, r.4, art. 6(2)(a).

¹⁶². *Id.*, art. 6(2)(b).

¹⁶³. *Id.*, art. 6(2)(c).

¹⁶⁴. *Charte canadienne des droits et libertés*, partie I de la *Loi constitutionnelle de 1982* (Annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada* (1982, R.-U, c.11)): art. 7: "[*Vie, liberté et sécurité*] Chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne; il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale".

¹⁶⁵. Alberta, Manitoba et Territoire du Nord-Ouest.

doit selon les instructions du médecin-hygiéniste en chef faire le retraçage des sujets contacts¹⁶⁶. Au Manitoba, c'est avec l'autorisation écrite du ministre que le médecin peut divulguer des renseignements au partenaire¹⁶⁷. En Alberta, c'est également avec l'autorisation écrite du ministre, laquelle autorisation est donnée si ce dernier considère qu'il est de l'intérêt public, que les informations soient divulguées au partenaire¹⁶⁸.

Pour le médecin, ces dispositions constituent une autorisation légale d'enfreindre son devoir de confidentialité envers le patient et une obligation expresse de protéger le partenaire du patient. Le législateur a de plus spécifiquement prévu une immunité du corps médical contre toute poursuite basée sur la violation de la confidentialité¹⁶⁹, lorsque les divulgations ont été faites de bonne foi. Ainsi, le médecin ne peut divulguer les informations confidentielles à n'importe qui et de n'importe quelle façon. Les sujets devant être informés sont les partenaires sexuels car ils sont susceptibles d'être contaminés à leur tour.

¹⁶⁶. *Règlement sur les maladies transmissibles*, R.R.N.W.T., 1990, c. P-13, art. 4(1): "Le médecin qui reçoit un résultat positif relativement à un patient ou qui a des raisons de croire ou de soupçonner que l'un de ses patients est infecté par une maladie transmissible doit: a) s'il s'agit de l'une des maladies figurant à la partie I de l'annexe A: (i) aviser sur-le-champ le médecin-hygiéniste en chef par téléphone, (ii) envoyer dans les 24 heures au médecin-hygiéniste en chef un rapport établi selon la formule approuvée par celui-ci; e) dans la semaine suivant l'envoi du rapport en vertu de l'alinéa a) ou b): (i) effectuer selon les instructions du médecin-hygiéniste en chef le retraçage des sujets contacts, contrôler les cas et la propagation de la maladie en vue de l'enrayer".

¹⁶⁷. *Règlement sur les maladies et les dépouilles mortelles*, Gazette du Manitoba, P210-338\88R, art. 51(b): "Sauf indication contraire de la loi, il est interdit à quiconque chargé de l'administration du Contrôle des maladies contagieuses de dévoiler des renseignements obtenus dans le cadre de l'exercice de ses fonctions, sauf dans l'un ou l'autre des cas suivants: b) le ministre autorise par écrit la divulgation de renseignements".

¹⁶⁸. *Public Health Act*, S.A., 1980, c. P-27.1, art. 63(5)(b): "Subsection (1) does not prohibit the disclosure of information b) to any persons with the written consent of the Minister, where in his opinion it is in the public interest that the information be disclosed to that person, or of the person to whom the information relates or his legal representative.."

¹⁶⁹. S. NOOTENS, *loc. cit.*, note 70, p. 521.

Au Canada, pour quatre des provinces et les deux territoires, nous constatons donc que le médecin-clinicien joue un rôle défini dans la notification aux partenaires. Il y a lieu d'examiner, pour sa part, quel est le rôle du médecin de la santé publique.

B - LA NOTIFICATION PAR LE MEDECIN DE LA SANTE PUBLIQUE

Dans chaque juridiction canadienne, la santé publique joue un rôle plus ou moins important en matière de contrôle des maladies transmises sexuellement¹⁷⁰. Les législateurs de chaque juridiction canadienne ont gardé les mêmes tendances que pour les médecins-cliniciens quant aux possibilités des médecins des départements de santé publique de faire la notification. Ainsi, dans les juridictions accordant au médecin-clinicien le pouvoir de notifier les partenaires, un pouvoir semblable est accordé aux instances de santé publique¹⁷¹. L'inverse est également vrai¹⁷², c'est-à-dire que dans les juridictions où aucun pouvoir express de notification n'est accordé au médecin-clinicien, ce pouvoir n'est pas non plus accordé aux instances de

¹⁷⁰. ALBERTA: *Public Health Act*, S.A., 1980, c. P-27.1, art. 63(5) et *Communicable Disease Regulation*, Alta. Reg. 238\85, Schedule 4, Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), art. 2; COLOMBIE-BRITANNIQUE: *Health Act Communicable Disease Regulation* (includes amendments up to B.C. Reg. 254\95), B.C. Regulation 4\83, art. 2(2); ILE-DU-PRINCE-EDOUARD: *Notifiable and Communicable Diseases Regulation*, R.P.E.I., 1985, c. P-30, art.2 (g)(h) et 14; MANITOBA: *Règlement sur les maladies et les dépouilles mortelles*, Gazette du Manitoba, vol 117 no. 37, P210\338\88R, art. 51(b), 48(b), 12, 12(2); NOUVEAU-BRUNSWICH: *Règlement en vertu de la loi sur la santé*, R.N.S., 88-200, c. H-2, art. 96; NOUVELLE-ECOSSE: *Health Act*, R.S.N.S., 1989, c. 195, art. 64; ONTARIO: *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, R.S.O., 1990, c. H-7, art. 22; SASKATCHEWAN: *An Act Respecting Public Health*, S.S., 1994, c. P-37.1 et *The Communicable Disease Control Regulations*, R.R.S., The Saskatchewan Gazette, Part II, november 24 1995, p. 649; TERRE-NEUVE: *Communicable Disease Act*, R.S.N.F.L., 1990, c. C-26, art. 4.; TERRITOIRE DU NORD-OUEST: *Règlement sur les maladies transmissibles*, R.R.T.N.W., 1990, c. P-13, art.4(1)(e)(ii); TERRITOIRE DU YUKON: *Communicable Diseases Regulation*, Y.T. Reg. 1961\48 as amended by Y.T. Reg. 1970\46, art. 11 et 12.

¹⁷¹. Alberta, Ile-du-Prince-Edouard, Manitoba, Saskatchewan, Territoire du Nord-Ouest et Territoire du Yukon.

¹⁷². Colombie-Britannique, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Ecosse, Ontario, et Terre-Neuve.

santé publique. Par contre, pour ces dernières juridictions un pouvoir spécial discrétionnaire est accordé au médecin-hygiéniste en chef lui permettant de prendre toutes les mesures nécessaires afin d'éviter la transmission de la maladie concernée, ce qui peut sous-entendre la possibilité de faire la notification au partenaire.

Pour les fins de la présente étude, notre analyse portera à la fois sur les systèmes incomplets (1) et complets de notification (2). Constituent des systèmes incomplets, ceux dans lesquels les dispositions législatives accordent au médecin-hygiéniste un pouvoir spécial discrétionnaire et très large, laissant présager un pouvoir de notification, mais sans donner les outils pour le faire. En effet, ces juridictions n'exigent d'aucune façon la divulgation des noms et adresses des partenaires aux instances de santé publique. A moins d'une collaboration volontaire des partenaires, aucune notification n'est possible.

Constituent des systèmes complets, ceux dans lesquels les dispositions législatives ordonnent que les coordonnées des partenaires soient transmises au médecin-hygiéniste et accordent à ce dernier un réel pouvoir de notification.

1 - Systèmes incomplets de notification

La législation des juridictions que nous qualifions d'incomplètes¹⁷³ repose sur un même scénario, à l'exception de quelques différences. Le médecin-clinicien doit rapporter par écrit, au médecin-hygiéniste dont il relève, chaque patient ou personne qu'il sait ou soupçonne être porteur d'une maladie transmissible à déclaration obligatoire¹⁷⁴. Certaines juridictions mentionnent qu'en plus de contenir

¹⁷³. Alberta, Colombie-Britannique, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Ecosse et Terre-Neuve.

¹⁷⁴. ALBERTA: *Public Health Act*, S.A., 1980, c. P-27.1, art. 33(1); COLOMBIE-BRITANNIQUE: *Health Act Communicable Disease Regulations*, B.C. Reg. 4/83 (includes amendments up to B.C. Reg. 254/95) art. 4; NOUVEAU-BRUNSWICK: *Règlement en vertu de la Loi sur la santé*, R.N.B., 88-200, c. H-2, art. 94; NOUVELLE-ECOSSE: *Health Act*, R.S.N.S., 1989, c. 195, art. 64; ONTARIO: *Règlement en application de la Loi sur la protection et la promotion de la santé*, O. Reg. 606/91, art. 1; TERRE- NEUVE: *Communicable Disease Act*, R.S.N.F.L.,

les coordonnées du patient, le rapport doit contenir toute information supplémentaire exigée par le médecin-hygiéniste¹⁷⁵ mais sans indiquer la nature de ces informations supplémentaires. Sur réception des rapports transmis par les médecins-cliniciens, le médecin-hygiéniste peut ordonner aux personnes rapportées de subir un examen clinique dans le but de confirmer la présence ou non du virus dans leur organisme¹⁷⁶. Il peut aussi faire faire une enquête pour confirmer la présence de la maladie transmissible¹⁷⁷ et prendre ou ordonner que soient prises les mesures de contrôle jugées nécessaires afin de prévenir la transmission du VIH ou du SIDA¹⁷⁸.

Par ces pouvoirs spéciaux, nous pourrions croire que les médecins hygiénistes ont le pouvoir d'obtenir les coordonnées des partenaires et de les notifier. Malheureusement, les textes de loi ne précisent ni quelles mesures peuvent être prises, ni de quelle façon elles doivent être prises. Le problème subsiste donc. Il n'y a aucune disposition dans ces lois qui ordonne au médecin-hygiéniste d'obtenir les coordonnées des partenaires, sauf exception, ni aucune disposition qui oblige le patient à lui divulguer les coordonnées de ses partenaires ou des personnes qui pourraient être soupçonnées d'être porteuses d'une maladie transmissible. Pour obtenir ces coordonnées, le médecin-hygiéniste devra avoir la complicité du patient, car c'est lui qui les divulguera. Si en théorie le médecin-hygiéniste semble avoir une

1990, c. C-26, art. 4.

¹⁷⁵. COLOMBIE BRITANNIQUE: *Health Act Communicable Disease Regulations*, B.C. Reg. 4/83 (includes amendments up to B.C. Reg. 254/95) art. 4; ONTARIO: *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, R.S.O., 1990, c. H-7, art. 26.

¹⁷⁶. COLOMBIE-BRITANNIQUE: *Health Act Communicable Disease Regulations*, B.C. Reg. 4/83 (includes amendments up to B.C. Reg. 254/95) art. 12; ONTARIO: *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, R.S.O., 1990, c. H-7, art. 26; TERRE-NEUVE: *Communicable Disease Act*, R.S.N.F.L., 1990, c. C-26, art. 15.

¹⁷⁷. NOUVEAU-BRUNSWICK: *Règlement en vertu de la Loi sur la santé*, R.N.B., 88-200, c. H-2, art. 95.

¹⁷⁸. NOUVEAU-BRUNSWICK: *Règlement en vertu de la Loi sur la santé*, R.N.B., 88-200, c. H-2, art. 95.

marge de manoeuvre importante, dans les faits, il est prisonnier du bon vouloir du patient!

Même si la notification des partenaires semble possible pour le médecin-hygiéniste, nous incluons également l'Alberta parmi les systèmes de notification qualifiés d'incomplets. En effet, bien que le médecin-hygiéniste doive tenter d'identifier les partenaires des patients qu'il sait être porteurs du SIDA¹⁷⁹, les textes législatifs n'expliquent pas comment cette identification doit être faite, ni ce qu'il doit faire une fois le partenaire identifié. De surcroît, la confidentialité des renseignements médicaux concernant un patient peut seulement être enfreinte avec le consentement écrit du ministre de la Santé, lequel consentement n'est donné que lorsque l'ordre public justifie que lesdites informations soient données¹⁸⁰ aux partenaires. Ainsi, chaque partenaire identifié devient un cas particulier de notification nécessitant à chaque fois l'intervention du ministre, et rendant par ce fait même le processus très compliqué. Paradoxalement, dans cette province, pour les maladies transmises sexuellement, à l'exception du SIDA, la loi prévoit spécifiquement l'obligation pour le patient de dévoiler les coordonnées de ses partenaires à son médecin traitant lequel avise ensuite le directeur de la santé publique qui a la responsabilité de notifier les partenaires du patient¹⁸¹. Il serait donc facile d'installer le programme de notification dans les cas de VIH et de SIDA considérant le programme déjà existant pour les autres MTS. Force est de constater, néanmoins, que les choix politiques n'ont pas encore été faits en ce sens.

Pour les provinces susmentionnées, la notification aux partenaires ne peut être faite qu'avec l'étroite collaboration du patient qui, sur une base volontaire, divulguera

¹⁷⁹. *Communicable Disease Regulation*, Alta. Reg. 238/85, Annexe 4: Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), Investigation of Contacts and Source of Infection: (2) "The medical officer of health shall attempt to identify sexual contacts of the patient".

¹⁸⁰. *Public Health Act*, S.A., 1980, c. P-27.1, art. 63(5).

¹⁸¹. *Public Health Act*, S.A., 1980, c. P-27.1, art. 66.

les coordonnées de ses partenaires et autorisera le médecin-clinicien à le faire, tel n'est pas le cas dans les provinces et territoires possédant un système plus complet de notification.

2 - Systèmes complets de notification

Cinq juridictions canadiennes possèdent un système de notification complet. Il s'agit de l'Ile-du-Prince-Edouard, du Manitoba, de la Saskatchewan, du Territoire du Nord-Ouest et du Territoire du Yukon.

Le médecin de santé publique, appelé médecin-hygiéniste, détient, pour la majorité de ces provinces et territoires, le pouvoir de notifier les partenaires du patient séropositif¹⁸² ou le pouvoir de faire examiner les personnes soupçonnées d'être porteuses du VIH ou du SIDA¹⁸³, à l'exception du Manitoba où ces pouvoirs reviennent au directeur de la santé publique¹⁸⁴.

Pour chacune de ces provinces¹⁸⁵, la loi prévoit expressément que les

¹⁸² ILE-DU-PRINCE-EDOUARD: *Notifiable and Communicable Diseases Regulations*, R.P.E.I., 1985, c. P-30, art. 2 et 14; SASKATCHEWAN: *An Act Respecting Public Health*, S.S., 1994, c. P-37.1, art. 35; TERRITOIRE DU NORD-OUEST: *Règlement sur les maladies transmissibles*, R.R.T.N.W., 1990, c. P-13, art. 4(1)(e)(ii); TERRITOIRE DU YUKON: *Communicable Disease Regulation*, Y.T. Reg. 1961/48 as amended by Y.T.Reg. 1970/46, art. 11.

¹⁸³ ILE-DU-PRINCE-EDOUARD: *Notifiable and Communicable Diseases Regulations*, R.P.E.I., 1985, c. P-30, art. 2; SASKATCHEWAN: *An Act Respecting Public Health*, S.S., 1994, c. P-37.1, art. 7(c); TERRITOIRE DU NORD-OUEST: *Règlement sur les maladies transmissibles*, R.R.T.N.W., 1990, c. P-13, art. 4(1)(e)(ii); TERRITOIRE DU YUKON: *Communicable Disease Regulation*, Y.T. Reg. 1961/48 as amended by Y.T.Reg. 1970/46, art. 12.

¹⁸⁴ *Règlement sur les maladies et les dépouilles mortelles*, Gazette du Manitoba, Partie II, vol. 117., no. 37, P210-338/88R, art. 43(1);

¹⁸⁵ Ile-du-Prince-Edouard, Manitoba et Saskatchewan.

coordonnées des partenaires doivent être transmises au médecin-hygiéniste¹⁸⁶ ou au directeur de la santé publique¹⁸⁷. Par contre, pour les deux territoires, la loi ne prévoit pas expressément et clairement la divulgation des coordonnées au médecin-hygiéniste même si la rédaction de la loi fait en sorte, qu'implicitement, lesdites coordonnées doivent lui être transmises. Dans tous les cas, que ce soit avec l'autorisation du médecin-hygiéniste¹⁸⁸ ou sans cette autorisation¹⁸⁹, le médecin traitant est celui qui doit notifier aux partenaires, soit seul, soit avec la collaboration du médecin hygiéniste¹⁹⁰. Dans une telle hypothèse, le médecin traitant doit nécessairement transmettre les coordonnées des partenaires du patient au médecin-hygiéniste. Par ailleurs, ce dernier ayant également le devoir général de suivi auprès du médecin traitant sur chaque cas déclaré¹⁹¹ et le pouvoir de faire examiner une personne soupçonnée d'être porteuse du VIH ou du SIDA¹⁹², nous en déduisons qu'implicitement le médecin-hygiéniste doit avoir en sa possession les coordonnées des partenaires pour exécuter ses devoirs et pouvoirs.

Comme nous l'avons mentionné plus haut, le médecin de santé publique ou l'instance de santé publique a le pouvoir de notifier les partenaires dans chaque

¹⁸⁶. ILE-DU-PRINCE-EDOUARD: *Notifiable and Communicable Diseases Regulations*, R.P.E.I., 1985, c. P-30, art. 6; SASKATCHEWAN: *An Act Respecting Public Health*, S.S., 1994, c. P-37.1, art. 34(2)(b) et 34(3);

¹⁸⁷. *Règlement sur les maladies et les dépouilles mortelles*, Gazette du Manitoba, Partie II, vol. 117., no. 37, P210-338/88R, art. 43(1);

¹⁸⁸. TERRITOIRE DU NORD-OUEST: *Règlement sur les maladies transmissibles*, R.R.T.N.W., 1990, c. P-13, art. 4(1);

¹⁸⁹. TERRITOIRE DU YUKON: *Communicable Disease Regulation*, Y.T. Reg. 1961/48 as amended by Y.T.Reg. 1970/46, art. 5.

¹⁹⁰. TERRITOIRE DU NORD-OUEST: *Règlement sur les maladies transmissibles*, R.R.T.N.W., 1990, c. P-13, art. 4(1);

¹⁹¹. TERRITOIRE DU YUKON: *Communicable Disease Regulation*, Y.T. Reg. 1961/48 as amended by Y.T.Reg. 1970/46, art. 11.

¹⁹². TERRITOIRE DU YUKON: *Communicable Disease Regulation*, Y.T. Reg. 1961/48 as amended by Y.T.Reg. 1970/46, art. 12.

province et territoire. Par contre, pour certaines juridictions, ce pouvoir lui est exclusif¹⁹³ ou supplétif¹⁹⁴, c'est-à-dire de dernier recours. Ainsi, au Manitoba, le directeur de la santé publique a le pouvoir exclusif d'entrer en contact avec les partenaires du patient¹⁹⁵. A l'Ile-du-Prince-Edouard, dans la mesure où le VIH\SIDA n'est déclaré "*regulated disease*", c'est-à-dire représentant un risque général pour le public¹⁹⁶, le pouvoir du médecin-hygiéniste se limite à notifier les membres de la famille du patient séropositif ou sidéen¹⁹⁷. Par contre, en Saskatchewan, le médecin-hygiéniste interviendra pour notifier les partenaires du patient lorsque le médecin traitant croira que le patient n'a pas l'intention de notifier lui-même ses partenaires et que le patient n'a pas demandé à son médecin traitant de le faire à sa place¹⁹⁸. Ainsi en Saskatchewan, l'obligation de notifier les partenaires repose chronologiquement sur trois personnes. En premier lieu, sur le patient lui-même¹⁹⁹. Ensuite, à la demande du patient, sur le médecin traitant²⁰⁰.

¹⁹³. MANITOBA: *Règlement sur les maladies et les dépouilles mortelles*, Gazette du Manitoba, Partie II, vol. 117, no. 37, P210-338/88R, art. 43(1) et 48; ILE-DU-PRINCE-EDOUARD: *Notifiable and Communicable Diseases Regulations*, R.P.E.I., 1985, c. P-30, art. 2 et 6.

¹⁹⁴. TERRITOIRE DU NORD-OUEST: *Règlement sur les maladies transmissibles*, R.R.T.N.W., 1990, c. P-13, art. 4(1)(e)(ii); TERRITOIRE DU YUKON: *Communicable Disease Regulation*, Y.T.Reg., 1961/48 as amended by Y.T.Reg. 1970/46, art. 5, 11 et 12; ILE-DU-PRINCE-EDOUARD: pour les maladies non déclarées "*regulated disease*": *Notifiable and Communicable Diseases Regulations*, R.P.E.I., 1985, c.P-30, art. 14; SASKATCHEWAN: *An Act Respecting Public Health*, S.S., 1994, c. P-37.1, art. 34(3) et 35.

¹⁹⁵. MANITOBA: *Règlement sur les maladies et les dépouilles mortelles*, Gazette du Manitoba, Partie II, vol. 117, no. 37, P210-338/88R, art. 43(1) et 48;

¹⁹⁶. ILE-DU-PRINCE-EDOUARD: *Notifiable and Communicable Diseases Regulations*, R.P.E.I., 1985, c. P-30, art. 2 et 6.

¹⁹⁷. ILE-DU-PRINCE-EDOUARD: *Notifiable and Communicable Diseases Regulations*, R.P.E.I., 1985, c. P-30, art. 14.

¹⁹⁸. *An Act Respecting Public Health*, S.S., 1994, c.P-37.1, art. 34(3);

¹⁹⁹. *An Act Respecting Public Health*, S.S., 1994, c.P-37.1, art. 33(4);

²⁰⁰. *An Act Respecting Public Health*, S.S., 1994, c.P-37.1, art. 34(2)(b);

Enfin, sur le médecin-hygiéniste, si le médecin traitant a des raisons de croire que le patient n'a rien dit et que ce dernier n'a pas non plus sollicité son aide²⁰¹. Aux Territoires du Nord-Ouest et du Yukon, l'obligation de notifier les partenaires revient au médecin traitant. Le médecin-hygiéniste a principalement un pouvoir de surveillance et de suivi. Son pouvoir de notification sera supplétif à celui du médecin traitant, surtout lorsque ce dernier lui demandera son assistance²⁰².

Dans ces cinq juridictions, nous constatons donc que le rôle de la santé publique consiste principalement à ordonner aux partenaires de passer un examen clinique afin de confirmer la présence ou non du VIH ou du SIDA dans leur organisme. Cela va au-delà de la simple notification à une personne qui aurait été en contact avec une personne porteuse du VIH ou du SIDA et qui le lui aurait transmis. Cela s'inscrit en quelque sorte dans un programme global de prévention dont la notification, le diagnostic et le traitement sont les composantes. L'existence de ces dispositions dans notre société se justifie par le désir de contrôler et de prévenir la propagation des maladies contagieuses²⁰³ pour ainsi éviter l'épidémie.

En conclusion, l'expérience canadienne en matière de notification aux partenaires n'apparaît pas uniforme sur l'ensemble du pays puisque seulement trois provinces et deux territoires ont un programme de notification véritablement élaboré. La situation semble différente aux Etats-Unis.

²⁰¹. *An Act Respecting Public Health*, S.S., 1994, c.P-37.1, art. 35;

²⁰². TERRITOIRE DU NORD-OUEST: *Règlement sur les maladies transmissibles*, R.R.T.N.W., 1990, c. P-13, art. 4(1)(e)(ii); TERRITOIRE DU YUKON: *Communicable Disease Regulation*, Y.T.Reg., 1961/48 as amended by Y.T.Reg. 1970/46, art. 5, 11 et 12;

²⁰³. L.E. ROZOVSKY et F.A. ROZOVSKY, *op. cit.*, note 129, p.17.

Para. 3 - L'UNIFORMITE DES PROGRAMME DE NOTIFICATION AUX PARTENAIRESEXUELS AUX ETATS-UNIS

Chez nos voisins du Sud, il existe un programme concret de notification aux partenaires appliqué dans l'ensemble du pays, de façon uniforme. La notification aux partenaires se fait principalement par le département de santé publique et exceptionnellement par le médecin-clinicien, ce dernier ayant plutôt la responsabilité d'initier le programme de notification aux partenaires en informant son patient sur les conséquences du statut de séropositif et en l'invitant à informer lui-même ses partenaires ou à faire appel au service de notification du département de santé publique²⁰⁴ s'il désire que la notification soit faite par un conseiller. Avant de présenter quelques applications concrètes de ce programme de notification (B), il convient préalablement d'en expliciter succinctement le contenu (A).

A - LES ORIGINES ET LES MODALITES DU PROGRAMME DE NOTIFICATION

Contrairement à l'ensemble des juridictions canadiennes, chaque Etat américain a un programme de notification complet et structuré relevant strictement des autorités de santé publique et externe à la relation privilégiée existant entre le médecin traitant et son patient.

En effet, aux Etats-Unis, le Centre pour le contrôle et la prévention des maladies (Centers for Disease Control (CDC)) exigeait, en 1987, de tous les Etats qui recevaient des subventions pour leurs programmes de prévention et de surveillance du VIH, de mettre en oeuvre un programme de notification des partenaires sexuels

²⁰⁴ J.T. DIMAS et J.H. RICHLAND, "Partner Notification and HIV Infection Misconceptions and Recommendations", (1989) vol.4 no.4 *AIDS & Public Policy Journal* 206, p. 209.

des patients porteurs du VIH ou du SIDA²⁰⁵ comme condition d'éligibilité desdites subventions²⁰⁶. Ainsi, depuis cette date, cinquante (50) états américains ont mis sur pied un programme de notification²⁰⁷, regroupant 1580 Centres d'assistance et de diagnostic du VIH²⁰⁸. Ces centres offrent des services de soutien et d'assistance pour la notification par le patient et un service de notification par le conseiller, sur demande expresse du patient²⁰⁹.

Laissant à chaque Etat une certaine flexibilité dans l'application des programmes²¹⁰, le Centre pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) a proposé deux modèles de notification qui favorisent deux approches différentes: celle par le patient, d'une part, et celle par le conseiller²¹¹ formé par le département de santé²¹², d'autre part.

La notification par le patient séropositif consiste à permettre à celui-ci

-
- ²⁰⁵. Stephen CRYSTAL, Lidia DENGELI, Pearl BECK et Edmund DEJOWSKI, "AIDS Contact Notification: Initial Program Results in New Jersey", (1990) vol. 2 no. 4 *Aids Education and Prevention* 284, p.285.
- ²⁰⁶. CENTERS FOR DISEASE CONTROL, "Partner Notification for Preventing Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection - Colorado, Idaho, South Carolina, Virginia", (1988) *37 Morbidity and Mortality Weekly Report* 393-402; J.T. DIMAS et J.H. RICHLAND, "Partner Notification and HIV Infection Misconceptions and Recommendations", (1989) vol.4 no.4 *AIDS & Public Policy Journal* 206, p.206.
- ²⁰⁷. S. CRYSTAL, L. DENGELI, P. BECK et E. DEJOWSKI, *loc. cit.*, note 205, p.285.
- ²⁰⁸. John J. POTTERAT, Nancy E. SPENCER, Donald E. WOODHOUSE et John B. MUTH, "Partner Notification in the Control of Human Immunodeficiency Virus Infection", (1989) vol. 79 no. 7 *AJPH* 874, p. 874: le nombre de 1580 a été comptabilisé en 1989.
- ²⁰⁹. S. CRYSTAL, L. DENGELI, P. BECK et E. DEJOWSKI, *loc. cit.*, note 205, p.288.
- ²¹⁰. J.T. DIMAS et J.H. RICHLAND, *loc. cit.*, note 204, p.206.
- ²¹¹. S. CRYSTAL, L. DENGELI, P. BECK et E. DEJOWSKI, *loc. cit.*, note 205, p.285.
- ²¹². Kathleen TOOMEY et Williard CATES Jr, "Partner Notification for the Prevention of HIV Infection", (1989) 3 (suppl.1) *AIDS* S57, p.S57.

d'informer lui-même ses partenaires de leur exposition au virus dont il est porteur²¹³. Le patient nouvellement diagnostiqué séropositif rencontre d'abord un conseiller du département de santé qui agit à titre de psychologue et thérapeute. Celui-ci lui parle des conséquences d'être porteur du VIH et l'informe de ses responsabilités sociales. Au cours de cette rencontre, le patient est fortement encouragé par ce conseiller à informer directement et personnellement ses partenaires sexuels. Le conseiller lui enseigne entre autres comment informer ses partenaires du risque auquel ils ont été exposés²¹⁴. Il lui donne des recommandations sur l'attitude à adopter, la façon de faire et sur l'approche à utiliser. En fait, ce conseiller assiste le patient en arrière plan²¹⁵ et s'assure par la suite que le partenaire a reçu des informations complètes et de qualité²¹⁶.

La notification par le conseiller formé par le département de santé se fait lorsque le patient séropositif demande, au cours de la rencontre initiale avec le conseiller, l'assistance de celui-ci pour informer ses partenaires. Dans ce cas, le patient fournit volontairement les noms et adresses de ses partenaires au conseiller, lequel prend la responsabilité de les retrouver et de les informer²¹⁷ sans jamais dévoiler l'identité du patient séropositif²¹⁸. Quoique cette approche soit plus onéreuse, le conseiller est assuré que le partenaire a reçu des informations complètes et de qualité²¹⁹.

²¹³. S. CRYSTAL, L. DENGELI, P. BECK et E. DEJOWSKI, *loc. cit.*, note 205, p.285.

²¹⁴. *Id.*

²¹⁵. K. TOOMEY et W. CATES Jr, *loc. cit.*, note 212, p.S57.

²¹⁶. J.T. DIMAS et J.H. RICHLAND, *loc. cit.*, note 204, p.206.

²¹⁷. S. CRYSTAL, L. DENGELI, P. BECK et E. DEJOWSKI, *loc. cit.*, note 205, p.285.

²¹⁸. K. TOOMEY et W. CATES Jr, *loc. cit.*, note 212, p.S57.

²¹⁹. J.T. DIMAS et J.H. RICHLAND, *loc. cit.*, note 204, p.206.

Les deux types de notifications peuvent être combinés. Cela permet au patient de notifier lui-même à certains partenaires et de laisser cette responsabilité au conseiller du département de santé pour d'autres partenaires²²⁰. Cette combinaison devra être utilisée notamment lorsque le patient néglige de notifier ses partenaires malgré son engagement à le faire. A cet égard, le CDC a donné une directive à l'effet que si le patient néglige de notifier lui-même ses partenaires lorsqu'il s'est engagé à le faire, le conseiller devra le faire à sa place²²¹. La bonne foi du patient est le seul moyen disponible au conseiller pour vérifier s'il a réellement informé ses partenaires. Lors de rencontres subséquentes, le conseiller demandera au patient quels partenaires il a contactés; ce n'est que sur ces paroles que le conseiller pourra se fier pour notifier les partenaires manquants.

Deux principes importants doivent être respectés dans le programme de notification proposé par le CDC: la liberté et la confidentialité. Premièrement, la participation du patient au programme de notification doit toujours être volontaire²²². A aucun moment, le patient ne doit être forcé de dévoiler l'identité de ses partenaires ni être forcé de les notifier²²³. Deuxièmement, l'identité du patient ne doit jamais être révélée au partenaire par le conseiller mandaté à faire la notification. En tout temps, les informations nominales et médicales concernant le patient doivent être gardées confidentielles²²⁴.

Pour chaque Etat, le point de départ de la notification par le conseiller est le

²²⁰. *Id.*, p.207 et S. CRYSTAL, L. DENGELI, P. BECK et E. DEJOWSKI, *loc. cit.*, note 205, p.285.

²²¹. N.E. SPENCER, R.E. HOFFMAN, C.A. RAEVSKY, F.C. WOLF et T.M. VERNON, "Partner Notification for Human Immunodeficiency Virus Infection in Colorado: Results Across Index Case Groups and Costs", (1993) 4 *International Journal of STD & AIDS* 26, p.27.

²²². J.T. DIMAS et J.H. RICHLAND, *loc. cit.*, note 204, p.207.

²²³. *Id.*, p.207.

²²⁴. *Id.*, p.207; et K. TOOMEY et W. CATES Jr, *loc. cit.*, note 212, p.57.

"Counseling and testing sites"²²⁵ que nous pourrions traduire par le Centre d'assistance et de dépistage. Le succès des notifications dépend de la volonté du patient séropositif de se rendre à cet endroit, de rencontrer un conseiller et de donner les noms de ses partenaires afin de permettre la notification²²⁶. Sans l'acte volontaire du patient, il ne peut y avoir de notification. Le rôle du conseiller est d'agir comme intermédiaire entre le patient et le partenaire et, à cette fin, de faire comprendre au patient l'importance d'informer son ou ses partenaires. Les habiletés du conseiller et son approche auprès du patient comptent donc pour beaucoup dans la réussite du programme de notification²²⁷. Afin d'atteindre un taux élevé de notification, le conseiller doit informer le patient de l'existence du programme et de ses composantes lors de la rencontre précédant le test de sérologie, lors de la rencontre post-test et lors de rencontres supplémentaires, le cas échéant²²⁸.

La stratégie adoptée et les objectifs de chaque Etat dépendent des moyens financiers, du personnel disponible, de l'environnement social et politique ainsi que du nombre de cas déjà existants de VIH. Pour certains Etats, la notification par le patient est plus pertinente, tandis que pour d'autres la notification par le conseiller est plus utilisée²²⁹. De plus, certains Etats ou régions ont décidé de ne notifier qu'une catégorie de la population bien particulière.

²²⁵. S. CRYSTAL, L. DENGELGI, P. BECK et E. DEJOWSKI, *loc. cit.*, note 205, p.285.

²²⁶. *Id.*, p.287.

²²⁷. *Id.*, p.287.

²²⁸. *Id.*, p.288.

²²⁹. *Id.*

B - LES DIFFERENTS MODELES MIS EN PLACE

Il n'est pas question dans ces quelques pages d'offrir une présentation exhaustive des programmes de notification mis en place par les différents Etats américains. Notre attention s'est portée plus particulièrement sur cinq²³⁰ Etats, dans la mesure où ceux-ci illustrent de façon assez convaincante les différents modèles retenus. Il s'agit de la Californie, de la Caroline du Nord, de la Caroline du Sud, du Colorado et du New Jersey.

Chaque Etat s'est doté d'un programme de notification élaboré à partir de celui proposé par le CDC²³¹ sans nécessairement en faire une loi particulière. En effet, chaque Etat, à l'exception du New Jersey, a légiféré partiellement en matière de notification aux partenaires²³². Pour chacun des Etats, les programmes de notification aux partenaires sont construits selon les directives du CDC. Il n'est pas surprenant de constater ce manque de législation dans la mesure où les subventions

²³⁰ . Californie, Caroline du Nord, Caroline du Sud, Colorado et New Jersey.

²³¹ . **CALIFORNIE:** Gary MARKS, Jean RICHARDSON, Monica S. RUIZ et Norma MALDONADO, "HIV-Infected Men's Practices in Notifying Past Sexual Partners of Infection Risk", (1992) vol. 107 no.1 *Public health reports* 100, p. 100; et George RUTHERFORD, Jean M. WOO, Dennese P. NEAL, Kathryn J. RAUCH, Christine GEOGHEGAN, Kevin C. McKINNEY, John McGEE et George F. LEMP, "Partner Notification and the Control of Human Immunodeficiency Virus Infection", (1991) vol. 18 no. 2 *Sexually Transmitted Diseases* 107, p. 107; **CAROLINE DU NORD:** Suzanne LANDIS, Victor J. SCHOENBACH, David J. WEBER, Manjoo MITTAL, Baldev KRISHAN, Karen LEWIS et Gary G. KOCH, "Result of a Randomized Trial of Partner Notification in Cases of HIV Infection in North Carolina", (1992) vol. 326 no. 2 *New England Journal of medicine* 101, p. 104; **CAROLINE DU SUD:** En février 1987, l'Etat de la Caroline du Sud établissait son programme de notification aux partenaires: Jeffrey L. JONES, Randolph F. WYKOFF, Shirley L. HOLLIS, Sharon T. LONGSHORE, William B. GAMBLE, Robert A. GUNN, "Partner Acceptance of Health Department Notification of HIV Exposure, South Carolina", (1990) vol. 264 no. 10 *JAMA* 1284, p.1284; **COLORADO:** N.E. SPENCER et autres, *loc. cit.*, note 221, p.27; **NEW JERSEY:** En 1988, l'Etat du New Jersey établissait un programme d'assistance de notification (Notification Assistance Program (NAP)): S. CRYSTAL, L. DENGELEGI, P. BECK et E. DEJOWSKI, *loc. cit.*, note 205, p.284;

²³² . **CALIFORNIE:** *California Health & Safety Code*, section 121015; **CAROLINE DU NORD:** *Public Health Law*, 130a-144 et *Communicable Disease Rule*, North's Carolina Administrated Code, T15a: 19a.0202 (13); **CAROLINE DU SUD:** *S.C. Code ANN. S44-29-90* (Law CO-O-P 1995) et *S.C. Code ANN. S44-29-146* (Law CO-O-P 1995); **COLORADO:** *COLO. REV. STAT. Section 25-4-1405*;

du CDC ne sont accordées aux Etats que sur preuve de l'existence d'un tel programme de notification.

Ainsi, dans la majorité des Etats, la participation au programme de notification se fait sur une base volontaire et non coercitive²³³, à l'exception de la Caroline du Nord où il est exigé des personnes séropositives qu'elles informent, elles-mêmes ou par l'intermédiaire d'un conseiller formé à cet effet, leurs partenaires sexuels, du risque auxquels ils ont été exposés²³⁴. L'entrave à cette exigence est punissable par une amende, l'emprisonnement ou les deux à la fois²³⁵. Dans chacun des Etats, le programme de notification prévoit que les informations nominales du patient soient gardées confidentielles ainsi que celles concernant les partenaires²³⁶.

Dans chacun des Etats étudiés, la notification est nécessairement faite par le patient ou par un conseiller du département de santé. Dès qu'un patient est

²³³ . **CALIFORNIE:** G. MARKS, J. RICHARDSON, M.S. RUIZ, N. MALDONADO, *loc. cit.*, note 231, p. 100 et G. RUTHERFORD, J.M. WOO, D.P. NEAL, K.J. RAUCH, C. GEOCHEGAN, K.C. MCKINNEY, J. MCGEE, G.F. LEMP, *loc. cit.*, note 231, p. 107; **CAROLINE DU SUD:** J.L. JONES, R.F. WYKOFF, S.L. HOLLIS, S.T. LONGSHORE, W.B. GAMBLE, R.A. GUNN, *loc. cit.*, note 231, p. 1284; **COLORADO:** N.E. SPENCER et autres, *loc. cit.*, note 221, p. 27; **NEW JERSEY:** S. CRYSTAL, L. DENGELEGI, P. BECK, E. DEJOWSKI, *loc. cit.*, note 205, p. 285;

²³⁴ . S. LANDIS et autres, *loc. cit.*, note 231, p. 104;

²³⁵ . *Id.*

²³⁶ . **CALIFORNIE:** G. MARKS, J. RICHARDSON, M.S. RUIZ, N. MALDONADO, *loc. cit.*, note 231, p. 100 et G. RUTHERFORD, J.M. WOO, D.P. NEAL, K.J. RAUCH, C. GEOCHEGAN, K.C. MCKINNEY, J. MCGEE, G.F. LEMP, *loc. cit.*, note 231, p. 107; **CAROLINE DU NORD:** En tout temps, l'identité du patient est tenue confidentielle: S. LANDIS et autres, *loc. cit.*, note 231, p. 101; **CAROLINE DU SUD:** Les partenaires ne sont jamais informés de l'identité du patient qui les a déclarés. Ce dernier n'est pas informé non plus du résultat des tests de sérologie passés par ses partenaires: J.L. JONES, R.F. WYKOFF, S.L. HOLLIS, S.T. LONGSHORE, W.B. GAMBLE, R.A. GUNN, *loc. cit.*, note 231, p. 1284; **COLORADO:** Les dossiers médicaux des patients séropositifs, les dossiers de suivi auprès des partenaires et tous les dossiers reliés au processus de notification sont confidentiels: N.E. SPENCER et autres, *loc. cit.*, note 221, p. 27; **NEW JERSEY:** S. CRYSTAL, L. DENGELEGI, P. BECK, E. DEJOWSKI, *loc. cit.*, note 205, p. 285;

diagnostiqué séropositif, il est référé à un département de santé²³⁷; ses coordonnées y sont automatiquement transmises par son médecin traitant ou par le centre de dépistage du VIH où il a passé son test²³⁸. Ensuite, le patient est invité à rencontrer un conseiller, lequel lui offre un suivi post-test et du counselling. Au cours de cette rencontre, dans certains Etats, le conseiller demandera au patient séropositif de lui divulguer les coordonnées des partenaires sexuels qu'il a eu depuis les 12²³⁹, 24²⁴⁰ ou 36²⁴¹ derniers mois. Dans les autres Etats, la divulgation des coordonnées des partenaires ne sera demandée par le conseiller que lorsque ce dernier sera mandaté par le patient pour notifier à ses partenaires²⁴².

Pour les Etats du New Jersey et de la Caroline du Sud, seule la notification par le conseiller est proposée au patient²⁴³; dans les autres Etats, les deux moyens de notification sont proposés au patient et c'est à lui que revient le choix du moyen

²³⁷ . **CAROLINE DU NORD:** S. LANDIS et autres, *loc. cit.*, note 231, p. 104; **CALIFORNIE:** G. MARKS, J. RICHARDSON, M.S. RUIZ, N. MALDONADO, *loc. cit.*, note 231, p. 100 et G. RUTHERFORD, J.M. WOO, D.P. NEAL, K.J. RAUCH, C. GEOCHEGAN, K.C. MCKINNEY, J. MCGEE, G.F. LEMP, *loc. cit.*, note 231, p. 107; **COLORADO:** N.E. SPENCER et autres, *loc. cit.*, note 221, p. 27.

²³⁸ . **CAROLINE DU SUD:** J.L. JONES, R.F. WYKOFF, S.L. HOLLIS, S.T. LONGSHORE, W.B. GAMBLE, R.A. GUNN, *loc. cit.*, note 231, p. 1284; **NEW JERSEY:** S. CRYSTAL, L. DENGELI, P. BECK, E. DEJOWSKI, *loc. cit.*, note 205, p. 288.

²³⁹ . **COLORADO:** N.E. SPENCER et autres, *loc. cit.*, note 221, p. 27.

²⁴⁰ . **NEW JERSEY:** S. CRYSTAL, L. DENGELI, P. BECK, E. DEJOWSKI, *loc. cit.*, note 205, p. 288;

²⁴¹ . **CAROLINE DU SUD:** J.L. JONES, R.F. WYKOFF, S.L. HOLLIS, S.T. LONGSHORE, W.B. GAMBLE, R.A. GUNN, *loc. cit.*, note 231, p. 1284;

²⁴² . **CALIFORNIE:** G. MARKS, J. RICHARDSON, M.S. RUIZ, N. MALDONADO, *loc. cit.*, note 231, p. 100 et G. RUTHERFORD, J.M. WOO, D.P. NEAL, K.J. RAUCH, C. GEOCHEGAN, K.C. MCKINNEY, J. MCGEE, G.F. LEMP, *loc. cit.*, note 231, p. 107; **CAROLINE DU NORD:** S. LANDIS et autres, *loc. cit.*, note 231, p. 104;

²⁴³ . **CAROLINE DU SUD:** J.L. JONES, R.F. WYKOFF, S.L. HOLLIS, S.T. LONGSHORE, W.B. GAMBLE, R.A. GUNN, *loc. cit.*, note 231, p. 1284; **NEW JERSEY:** S. CRYSTAL, L. DENGELI, P. BECK, E. DEJOWSKI, *loc. cit.*, note 205, p. 288;

de notification²⁴⁴.

Lorsque le patient choisit d'informer lui-même ses partenaires, il prend la responsabilité de le faire et de référer ses partenaires à un centre de dépistage du VIH²⁴⁵. Pour sa part, le conseiller du département de santé a comme rôle d'assister ou de faire un suivi auprès du patient pour vérifier s'il a effectivement notifié ses partenaires²⁴⁶. La notification par le conseiller sera utilisée lorsque le patient le mandatera à cet effet²⁴⁷ ou lorsque le patient aura échoué dans sa tentative de notifier lui-même²⁴⁸. Poce se faire, le patient devra divulguer au conseiller du département de santé les coordonnées de ses partenaires sexuels²⁴⁹, et ensuite, le

²⁴⁴ . **CALIFORNIE:** G. MARKS, J. RICHARDSON, M.S. RUIZ, N. MALDONADO, *loc. cit.*, note 231, p. 100 et G. RUTHERFORD, J.M. WOO, D.P. NEAL, K.J. RAUCH, C. GEOCHEGAN, K.C. MCKINNEY, J. MCGEE, G.F. LEMP, *loc. cit.*, note 231, p. 107; **CAROLINE DU NORD:** S. LANDIS et autres, *loc. cit.*, note 231, p. 104; **COLORADO:** N.E. SPENCER et autres, *loc. cit.*, note 221, p. 27.

²⁴⁵ . **CALIFORNIE:** G. MARKS, J. RICHARDSON, M.S. RUIZ, N. MALDONADO, *loc. cit.*, note 231, p. 100 et G. RUTHERFORD, J.M. WOO, D.P. NEAL, K.J. RAUCH, C. GEOCHEGAN, K.C. MCKINNEY, J. MCGEE, G.F. LEMP, *loc. cit.*, note 231, p. 107; **CAROLINE DU NORD:** S. LANDIS et autres, *loc. cit.*, note 231, p. 101; **COLORADO:** N.E. SPENCER et autres, *loc. cit.*, note 221, p. 27.

²⁴⁶ . *Id.*

²⁴⁷ . **CALIFORNIE:** G. MARKS, J. RICHARDSON, M.S. RUIZ, N. MALDONADO, *loc. cit.*, note 231, p. 100 et G. RUTHERFORD, J.M. WOO, D.P. NEAL, K.J. RAUCH, C. GEOCHEGAN, K.C. MCKINNEY, J. MCGEE, G.F. LEMP, *loc. cit.*, note 231, p. 107; **CAROLINE DU NORD:** S. LANDIS et autres, *loc. cit.*, note 231, p. 104; **CAROLINE DU SUD:** J.L. JONES, R.F. WYKOFF, S.L. HOLLIS, S.T. LONGSHORE, W.B. GAMBLE, R.A. GUNN, *loc. cit.*, note 231, p. 1284; **NEW JERSEY:** S. CRYSTAL, L. DENGELEGI, P. BECK, E. DEJOWSKI, *loc. cit.*, note 205, p. 288;

²⁴⁸ . **COLORADO:** N.E. SPENCER et autres, *loc. cit.*, note 221, p. 27.

²⁴⁹ . **CALIFORNIE:** G. MARKS, J. RICHARDSON, M.S. RUIZ, N. MALDONADO, *loc. cit.*, note 231, p. 100 et G. RUTHERFORD, J.M. WOO, D.P. NEAL, K.J. RAUCH, C. GEOCHEGAN, K.C. MCKINNEY, J. MCGEE, G.F. LEMP, *loc. cit.*, note 231, p. 107; **CAROLINE DU NORD:** S. LANDIS et autres, *loc. cit.*, note 231, p. 104; **CAROLINE DU SUD:** J.L. JONES, R.F. WYKOFF, S.L. HOLLIS, S.T. LONGSHORE, W.B. GAMBLE, R.A. GUNN, *loc. cit.*, note 231, p. 1284; **COLORADO:** N.E. SPENCER et autres, *loc. cit.*, note 221, p. 27; **NEW JERSEY:** S. CRYSTAL, L. DENGELEGI, P. BECK, E. DEJOWSKI, *loc. cit.*, note 205, p. 288;

conseiller²⁵⁰ ou un autre spécialiste formé à cet effet²⁵¹ contactera lesdits partenaires.

Que la notification soit faite par le patient lui-même ou par le conseiller de santé, le partenaire est, dans chaque cas, invité à passer à son tour un test de sérologie²⁵² et, advenant un résultat positif, il est invité à divulguer lui-même les coordonnées de ses partenaires. Le processus de notification faisant boule de neige²⁵³.

Des commentaires recueillis auprès des patients et des partenaires concernant le programme de notification démontrent que, dans la plupart des cas, les patients préfèrent notifier eux-mêmes leur partenaire actuel et laisser cette responsabilité au département de santé pour les autres partenaires²⁵⁴. Cette réalité démontre l'importance d'offrir et de favoriser un programme mixte de notification.

Quant aux stratégies de notification, elles diffèrent elles aussi d'un Etat à l'autre et sont directement reliées aux réalités sociales, environnementales, politiques

²⁵⁰. **CAROLINE DU NORD:** S. LANDIS et autres, *loc. cit.*, note 231, p. 104; **CAROLINE DU SUD:** J.L. JONES, R.F. WYKOFF, S.L. HOLLIS, S.T. LONGSHORE, W.B. GAMBLE, R.A. GUNN, *loc. cit.*, note 231, p. 1284; **COLORADO:** N.E. SPENCER et autres, *loc. cit.*, note 221, p. 27;

²⁵¹. **NEW JERSEY:** S. CRYSTAL, L. DENGELI, P. BECK, E. DEJOWSKI, *loc. cit.*, note 205, p. 288;

²⁵². **CALIFORNIE:** G. MARKS, J. RICHARDSON, M.S. RUIZ, N. MALDONADO, *loc. cit.*, note 231, p. 100 et G. RUTHERFORD, J.M. WOO, D.P. NEAL, K.J. RAUCH, C. GEOCHEGAN, K.C. MCKINNEY, J. MCGEE, G.F. LEMP, *loc. cit.*, note 231, p. 107; **CAROLINE DU NORD:** S. LANDIS et autres, *loc. cit.*, note 231, p. 104; **CAROLINE DU SUD:** J.L. JONES, R.F. WYKOFF, S.L. HOLLIS, S.T. LONGSHORE, W.B. GAMBLE, R.A. GUNN, *loc. cit.*, note 231, p. 1284; **COLORADO:** N.E. SPENCER et autres, *loc. cit.*, note 221, p. 27; **NEW JERSEY:** S. CRYSTAL, L. DENGELI, P. BECK, E. DEJOWSKI, *loc. cit.*, note 205, p. 288.

²⁵³. **CAROLINE DU SUD:** J.L. JONES, R.F. WYKOFF, S.L. HOLLIS, S.T. LONGSHORE, W.B. GAMBLE, R.A. GUNN, *loc. cit.*, note 231, p. 1284; **NEW JERSEY:** S. CRYSTAL, L. DENGELI, P. BECK, E. DEJOWSKI, *loc. cit.*, note 205, p. 288.

²⁵⁴. **CAROLINE DU SUD:** *Id.*, p.1285.

l'autre et sont directement reliées aux réalités sociales, environnementales, politiques et financières de chaque Etat.

La politique du New Jersey consiste à tenter de notifier tous les partenaires des patients séropositifs, que ceux-ci connaissent ou non le risque auquel ils sont exposés²⁵⁵.

Au Colorado, dès l'entrée en vigueur du programme de notification, en 1988, le département de santé accordait une priorité de notification aux personnes infectées dont il était peu probable qu'elles aient connaissance de leur risque d'infection ou de leur infection. La priorité était aussi accordée aux personnes qui avaient une grande possibilité d'infection à cause de leurs pratiques sexuelles dangereuses, aux personnes qui se soumettaient volontairement aux tests, et à celles pour lesquelles leurs médecins recommandaient de passer le test de sérologie²⁵⁶. Constatant un taux d'infection très bas, la politique de cet Etat consiste maintenant à essayer de notifier tous les partenaires et à faire en sorte que la population ne se sente aucunement à risque²⁵⁷. Il en est de même pour la Caroline du Sud²⁵⁸ et pour la Caroline du Nord²⁵⁹.

Alors que pour l'ensemble de la Californie se sont tous les partenaires sexuels du patient séropositif qui sont recherchés aux fins de la notification, la ville de San Francisco a plutôt concentré ses efforts de notification sur les partenaires du patient hétérosexuel, les partenaires féminins du patient bisexuel²⁶⁰ et surtout, chez les

²⁵⁵ . S. CRYSTAL, L. DENGELI, P. BECK et E. DEJOWSKI, *loc. cit.*, note 205, p.285.

²⁵⁶ . N.E. SPENCER et autres, *loc. cit.*, note 221, p. 27.

²⁵⁷ . S. CRYSTAL, L. DENGELI, P. BECK et E. DEJOWSKI, *loc. cit.*, note 205, p.285.

²⁵⁸ . *Id.*

²⁵⁹ . S. LANDIS et autres, *loc. cit.*, note 231, p. 104.

²⁶⁰ . S. CRYSTAL, L. DENGELI, P. BECK et E. DEJOWSKI, *loc. cit.*, note 205, p.285.

femmes en âge de procréer afin d'éviter toute transmission au foetus²⁶¹. Cette politique s'est justifiée par le fait que la communauté homosexuelle connaît très bien les conséquences de contracter le VIH et le SIDA et que le taux de transmission du virus entre ses membres est actuellement bas²⁶². De plus, cette décision a été prise en considération de la population particulière de San Francisco.

En effet, la communauté homosexuelle de cette région étant très importante, il aurait été impossible sinon très coûteux d'essayer de notifier tous les partenaires²⁶³.

Suite à la mise en oeuvre des programmes de notification dans chacun des Etats américains, plusieurs études ont été réalisées afin de déterminer l'opportunité et l'efficacité de ces programmes. Il en ressort notamment que, si le programme de notification aux partenaires des patients séropositifs repose sur les mêmes balises que celui pour les maladies transmises sexuellement, la finalité de ces programmes n'est pas la même. Alors que la notification pour les maladies transmises sexuellement vise à offrir un traitement médical, celle des cas de VIH et de SIDA a pour but premier d'essayer de briser la chaîne de transmission du virus²⁶⁴ en prévenant les partenaires de leur risque d'être infectés par le VIH, en leur donnant l'opportunité d'apprendre s'ils sont séropositifs ou non²⁶⁵ et en leur offrant une éducation afin qu'ils adoptent un comportement sexuel sécuritaire²⁶⁶. Ensuite, si le partenaire est diagnostiqué séropositif, le programme vise à offrir aux partenaires des traitements,

²⁶¹. G. RUTHERFORD et autres, *loc. cit.*, note 231, p. 107.

²⁶². *Id.*

²⁶³. S. CRYSTAL, L. DENGELI, P. BECK et E. DEJOWSKI, *loc. cit.*, note 205, p.285.

²⁶⁴. J.T. DIMAS et J.H. RICHLAND, *loc. cit.*, note 204, p. 206.

²⁶⁵. S. CRYSTAL, L. DENGELI, P. BECK et E. DEJOWSKI, *loc. cit.*, note 205, p.286.

²⁶⁶. K. TOOMEY et W. CATES Jr, *loc. cit.*, note 212, p. S57.

précisément afin de ralentir la progression de la maladie²⁶⁷, et à recommencer le processus de notification avec eux en leur demandant de divulger l'identité de leurs partenaires et ainsi de suite²⁶⁸.

L'objectif premier est donc de convaincre les partenaires identifiés à passer un test de sérologie et à rencontrer un conseiller²⁶⁹.

Les résultats d'un sondage effectué en Caroline du Sud démontrent que le haut taux de participation au programme de notification est relié directement aux habiletés et qualités du conseiller du département de santé, voire sa disponibilité pour rencontrer le partenaire à l'endroit et l'heure que ce dernier choisit, son empathie, son approche sincère et honnête, et le respect qu'il démontre pour la vie privée du partenaire de même que la confidentialité dont il fait preuve²⁷⁰. Ce sondage démontre de plus que les partenaires désirent être informés du fait qu'ils ont été en contact avec une personne séropositive et acceptent que l'approche soit faite par le département de santé²⁷¹.

L'évaluation des changements dans les comportements à risque suite à un test de sérologie représente un des sujets les plus traités par la communauté scientifique, car il s'agit de la relation de cause à effet entre la notification et son objectif, le changement de comportement. Dans un article dont l'objectif était de savoir si le test du VIH pouvait faire partie intégrante d'un programme d'éducation et convaincre les gens à changer leur comportement sexuel, il fut démontré que l'expérience

²⁶⁷. S. BEARDSELL, "Should Wider HIV Testing Be Encouraged on the Grounds of HIV Prevention?", (1994) vol. 6 no. 1 *AIDS Care* 5, p.6.

²⁶⁸. J.T. DIMAS ET J.H. RICHLAND, *loc. cit.*, note 204, p. 206.

²⁶⁹. G. MARKS, J. RICHARDSON, M.S. RUIZ et N. MALDONADO, *loc. cit.*, note 231, p.100.

²⁷⁰. J.L. JONES et autres, *loc. cit.*, note 231, p.1286.

²⁷¹. *Id.*

personnelle de devoir passer un test du VIH entraînait une réduction et même une cessation des comportements à risque²⁷². Par contre, la motivation de chaque personne à apporter un changement dans son comportement constitue toujours un facteur incontrôlable dans chaque étude²⁷³. Ainsi, la simple notification ne veut pas nécessairement dire que les personnes vont changer leur comportement pour le rendre plus sécuritaire. La faiblesse du système repose principalement sur le fait que les patients et les partenaires peuvent rencontrer le conseiller pour obtenir une assistance psychosociale seulement lors de la rencontre pré-test et celle post-test. Plusieurs rencontres ainsi que d'autres moyens d'intervention devraient donc être offerts tant au patient qu'au partenaire afin d'obtenir un changement de comportement²⁷⁴.

Il importe par ailleurs de noter que le programme de notification aux partenaires n'a pas été accepté par tous et fut l'objet de plusieurs controverses et d'opinions belligérantes²⁷⁵. Les opposants dénonçaient les coûts exorbitants de ce programme, son inutilité en l'absence d'intervention médicale efficace, son potentiel élevé de discrimination²⁷⁶ ainsi que la longue période d'incubation du virus rendant l'identification de tous les partenaires très difficile²⁷⁷. Les partisans plaidaient pour leur part le respect de la confidentialité, la participation volontaire au programme

²⁷². S. BEARDSELL, *loc. cit.*, note 264, p.6.

²⁷³. *Id.*, p.13.

²⁷⁴. Donna L. HIGGINS, Christine GALAVOTTI, Kevin R. O'REILLY, Daniel J. SCHNELL, Melinda MOORE, Deborah L. RUGG et Robert JOHNSON, "Evidence for the Effects of HIV Antibody Counseling & Testing on Risk Behaviors", (1991) vol. 266 no. 17 *JAMA* 2419, p. 2427.

²⁷⁵. J.T. DIMAS et J.H. RICHLAND, *loc. cit.*, note 204, p.207.

²⁷⁶. J.J. POTTERAT, N.E. SPENCER, D.E. WOODHOUSE et J.B. MUTH, *loc. cit.*, note 208, p. 874.

²⁷⁷. K. TOOMEY et W. CATES Jr, *loc. cit.*, note 212, p. S58.

de notification, la protection de la santé publique car certains patients peuvent continuer d'avoir un comportement à risque malgré la connaissance de leur séropositivité et le droit du partenaire d'être informé²⁷⁸. Aux Etats-Unis, bien que plusieurs groupes s'opposent encore au programme de notification, d'autres, dont la communauté homosexuelle, reconnaissent qu'il constitue un outil très utile dans la lutte contre le SIDA²⁷⁹.

Cette analyse regardée permet donc d'affirmer que le département de santé joue dans chaque Etat américain un rôle très important en matière de notification aux partenaires lorsque le patient accepte de collaborer avec lui. Faite de cette façon, la notification aux partenaires par le conseiller du département de santé publique peut soulager les médecins-cliniciens de leur obligation morale et légale d'avertir et de protéger les partenaires à risque²⁸⁰. Par ailleurs, la notification aux partenaires semblent être de plus en plus acceptée socialement comme étant un outil approprié de prévention de la transmission du VIH et du SIDA.

Au Canada anglophone comme aux Etats-Unis, l'obligation de protéger de la common law appelée "*duty to warn*" permet donc la notification aux partenaires dans des situations bien précises. Par ailleurs, plus concrètement, contrairement au Québec, les provinces anglophones et les Etats-Unis ont opté pour la mise sur pied spécifique d'un programme de notification. Cependant, selon la législation canadienne en matière de santé et de maladies transmissibles, force est de constater que seulement trois provinces et deux territoires possèdent un programme de notification aux partenaires véritablement élaboré et structuré. Pour sa part,

²⁷⁸ . *Id.*, p. S57.

²⁷⁹ . Ronald BAYER, Kathleen TOOMEY, "HIV Prevention and the Two Faces of Partner Notification", (1992) vol. 82 no. 8 *American Journal of Public Health* 1158, p. 1160; et J.J. POTTERAT, N.E. SPENCER, D.E. WOODHOUSE et J.B. MUTH, *loc. cit.*, note 208, p. 875.

²⁸⁰ . J.J. POTTERAT, N.E. SPENCER, D.E. WOODHOUSE et J.B. MUTH, *loc. cit.*, note 208, p. 876.

l'expérience américaine nous démontre que la mise en application d'un véritable programme de notification aux partenaires est faisable et acceptable, sous réserve d'être bien concerté et d'impliquer une réelle conscientisation des différents protagonistes.

**CONCLUSION: LES COMPOSANTES PRIMORDIALES A LA MISE
EN PLACE D'UN PROGRAMME QUEBECOIS DE NOTIFICATION
AUX PARTENAIRES SEXUELS**

Comme nous avons tenté de le démontrer dans la première partie, le droit positif québécois actuel ne permet pas systématiquement la notification aux partenaires. Le droit du patient et le devoir du médecin au secret médical constituent la règle; la notification aux partenaires sans l'autorisation du patient demeure l'exception. Elle doit être utilisée restrictivement²⁸¹ et avec jugement. De plus, l'obligation de protéger issue de la common law ne peut s'appliquer telle qu'elle au Québec. A défaut de lois particulières autorisant la notification, la violation de la confidentialité par le médecin pourrait être déclarée illégale²⁸² et entraîner sa responsabilité civile, voire pénale.

Si le Québec désire suivre la philosophie et les principes qui se dégagent de la *Déclaration de consensus de la consultation sur la notification aux partenaires aux fins de prévention de la transmission du VIH* de l'Organisation Mondiale de la Santé²⁸³, il y a lieu d'élaborer un système de notification respectant à la fois le patient et le partenaire. L'enjeu est considérable.

Les critères qui pourraient être retenus sont ceux établis par l'Organisation Mondiale de la Santé²⁸⁴ (O.M.S.), l'Association canadienne de santé publique²⁸⁵ (A.C.S.P.) et par certaines associations médicales américaines²⁸⁶.

²⁸¹ S. NOOTENS, *loc. cit.*, note 82, p.521.

²⁸² *Id.*

²⁸³ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, *op. cit.*, notes 7, 8 et 9.

²⁸⁴ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, Programme mondial de lutte contre le SIDA et programme des MST, *Déclaration de consensus de la consultation sur la notification aux partenaires aux fins de prévention de la transmission du VIH*, Geneve 11-13 janvier 1989.

²⁸⁵ ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTE PUBLIQUE, *VIH et SIDA, une perspective de santé publique*, Ottawa, 1993, p.17.

²⁸⁶ J.T. DIMAS et J.H. RICHLAND, *loc. cit.*, note 204, p.208: Association of State and Territorial Health Officials (ASTHO), National Association of County Health Officials (NACHO) et US Conference of Local Health Officers (USCLHO).

Le programme de notification proposé dans la Déclaration de consensus de l'Organisation Mondiale de la Santé est composé des mêmes éléments que le programme de notification imposé, en 1987, par le Centre pour le contrôle et la prévention des maladies (Center for disease control (CDC)) des Etats-Unis²⁸⁷.

Ainsi, la notification peut être faite par le patient séropositif lui-même²⁸⁸, par un dispensateur de soins ou par un agent de santé²⁸⁹. A la différence du programme américain de notification, le programme de l'O.M.S. n'accorde pas la responsabilité de la notification exclusivement aux instances de santé publique mais également au médecin traitant appelé dispensateur de soins²⁹⁰.

Dans le processus d'élaboration d'un programme de notification, il ne faudrait pas perdre de vue que l'objectif est de permettre l'identification des individus exposés à cette infection en raison de leurs rapports sexuels afin de les informer des risques auxquels ils ont été exposés pour qu'ils puissent recourir aux services de conseils et

²⁸⁷. Précité, notes 210 à 228.

²⁸⁸. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, *op. cit.*, note 284, p.2: "*notification par le patient lui-même: "la méthode selon laquelle les personnes infectées par le VIH sont encouragées à faire connaître à leurs partenaires leur éventuelle exposition au VIH, sans intervention directe des dispensateurs de soins. Selon cette approche, le dispensateur de soins donne des conseils à la personne infectée par le VIH sur l'information à transmettre à ses partenaires et sur les procédés à utiliser à cet effet"*.

²⁸⁹. *Id.*, la notification par le dispensateur de soins est: "*la méthode selon laquelle les dispensateurs de soins ou les agents de santé avertissent les partenaires d'une personne infectée par le VIH. Selon cette méthode, les personnes infectées par le VIH communiquent les noms de leurs partenaires aux dispensateurs de soins ou autres agents de santé qui se chargent ensuite d'aviser directement les partenaires de façon confidentielle. Cette notification peut s'effectuer dans le contexte des soins de santé primaires et se faire avec la participation du patient aussi bien que du dispensateur de soins ou d'un agent de santé"*.

²⁹⁰. *Id.*

autres services²⁹¹.

En conséquence, un programme de notification devrait respecter les principes suivants pour être acceptable socialement et éthiquement. Premièrement, il devrait être conçu pour prévenir la transmission du VIH et réduire la morbidité et la mortalité rattachées à l'infection d'un tel virus²⁹². Deuxièmement, il devrait être pratiqué dans le respect des droits et de la dignité des partenaires et du patient²⁹³. Troisièmement, il devrait être volontaire et non coercitif. Les patients et leurs partenaires devraient avoir la possibilité de bénéficier de tous les services offerts, qu'ils aient ou non la volonté de coopérer à l'application d'une méthode de notification aux partenaires²⁹⁴. Quatrièmement, il devrait être confidentiel²⁹⁵.

²⁹¹. *Id.*, p. 2: la notification aux partenaires est: "La gamme des actions de santé publique qui visent à informer les partenaires sexuels des personnes infectées par le VIH et les co-utilisateurs de leur matériel d'injection, à conseiller ces partenaires et co-utilisateurs au sujet des risques qu'ils encourent et à offrir des services à ces personnes. La notification aux partenaires peut se faire selon deux méthodes principales: la notification par le patient et la notificateur par le dispensateur de soins".

²⁹². ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, *op. cit.*, note 284, p.2; ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTE PUBLIQUE, *op. cit.*, note 285, p.22: La notification des partenaires est un moyen utile pour informer les personnes qui peuvent ne pas savoir qu'elles risquent une infection au VIH et encourager le dépistage et le counseling; J.T. DIMAS et J.H. RICHLAND, *loc. cit.*, note 201, p.209.

²⁹³. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, *op. cit.*, note 284, p.3; ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTE PUBLIQUE, *op. cit.*, note 285, p.17: Les concepts d'éthiques guidant les interventions de santé publique, dont les interventions dans le cadre du VIH et du SIDA sont: 1) le respect des droits et des responsabilités de chaque individu d'une société. Les exceptions qui enfreignent les droits des individus doivent être entièrement justifiées par la nécessité de protéger la santé publique; 2) les interventions doivent être aussi peu envahissantes et restrictives que possible; 3) les interventions doivent s'efforcer de préserver en tout temps la confidentialité.

²⁹⁴. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, *op. cit.*, note 284, p.3; ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTE PUBLIQUE, *op. cit.*, note 285, p.22; J.T. DIMAS et J.H. RICHLAND, *loc. cit.*, note 204, p.209: Voluntary participation: disclosing the names of partners should always be voluntary, and counseling, testing, and referral services should be available to index patients regardless of whether or not they choose to disclose the names of their partners.

Enfin, un tel programme devrait être pratiqué seulement lorsque les patients et leurs partenaires peuvent bénéficier de services de soutien appropriés comprenant au minimum la prestation de conseils sur les conséquences de l'exposition à l'infection, la possibilité de subir un test volontaire et confidentiel de dépistage du VIH, avec prestation de conseils avant et après l'examen sérologique, et l'accès à des services de santé et d'action sociale appropriés²⁹⁶ - la qualité de ces services devant être assurée et faire l'objet d'un contrôle périodique²⁹⁷.

Relativement à la méthode à suivre dans le processus de notification, il est

²⁹⁵ . ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, *op. cit.*, note 284, p.3; ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTE PUBLIQUE, *op. cit.*, note 285; J.T. DIMAS et J.H. RICHLAND, *loc. cit.*, note 204, p.209: Confidentiality: all records related to partner notification must be confidential. Partner names must be used only for field investigation and notification, and partners should never be told the name of the index patient. If confidentiality is not fully protected by law, all identifying partners information should be destroyed once the follow-up has been completed.

²⁹⁶ . ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, *op. cit.*, note 284, p.3; ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTE PUBLIQUE, *op. cit.*, note 285, p.23: 2) offrir des programmes d'éducation, des tests de dépistage, du counseling et de l'information sur les ressources communautaires aux partenaires des personnes infectées par le VIH; J.T. DIMAS et J.H. RICHLAND, *loc. cit.*, note 204, p.209: Accessibility: partner notification services should be made available and easily accessible to all persons with clinically validated HIV infection. Information provided: Whether the partner is notified by the index patient or by a health care provider, certain information should always be given to the partner, including a description of the modes of HIV transmission, the telephone numbers and addresses of HIV antibody testing sites, suggestions on modifying risk behaviors regardless of whether they decide to be tested, information about the disease process itself, and referrals to support groups, mental health services, and medical facilities. Targeted services: Health departments should tailor their partner notification programs, educational materials, and training procedures to specific populations.

²⁹⁷ . ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, *op. cit.*, note 284, p.3; ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTE PUBLIQUE, *op. cit.*, note 285, p.43: RESOLUTIONS, 1988 Résolution no. 24: Suivi auprès des partenaires/infections au VIH; J.T. DIMAS et J.H. RICHLAND, *loc. cit.*, note 204, p.209: Quality assurance: Health departments should routinely evaluate the performance of HIV counselors and other program personnel to ensure that high-quality services are being delivered.

certain que la notification par le patient est le point de départ naturel de la notification au partenaire. Afin d'inciter le patient séropositif à notifier lui-même ses partenaires, celui-ci devrait être guidé de façon à atteindre cet objectif et à bénéficier de services de qualité. D'ailleurs, les considérations médicales, sociales, déontologiques et psychologiques complexes entourant le dépistage du VIH exigent que les médecins, les travailleurs de la santé publique et les autres intervenants soient prêts à faire du counseling de grande qualité avant et après les tests²⁹⁸. Un bon counseling va au-delà de la simple diffusion de renseignements sur la transmission du VIH et des ressources communautaires existantes. Il offre au client des soins et un soutien ainsi que des possibilités d'acquérir les aptitudes nécessaires pour que les sujets touchés s'occupent d'eux-mêmes²⁹⁹. Avec cette aide, le patient sera dans une position favorisant la notification par lui-même et cette opportunité devra lui être présentée dès la connaissance de sa séropositivité³⁰⁰. Si, toutefois, cette méthode s'avère impraticable pour certains patients et certains partenaires³⁰¹, alors la notification par le dispensateur de soins devra être privilégiée.

Si un programme de notification aux partenaires devrait être mis en place au Québec, un certain nombre de réformes semblent devoir s'imposer et des choix être posés.

Dans un premier temps, il y aurait lieu d'opérer quelques amendements législatifs souhaitables. *Le règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique* devrait être amendé afin d'inclure le virus de l'immunodéficience

²⁹⁸. G. MARKS, J. RICHARDSON, M. S. RUIZ et N. MALDONADO, *loc. cit.*, note 231.

²⁹⁹. ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTE PUBLIQUE, *op. cit.*, note 285, p.21.

³⁰⁰. *Id.*, p. 23.

³⁰¹. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, *op. cit.*, note 284, p.4.

humaine (VIH) dans la liste des maladies à déclaration obligatoire, permettant ainsi que tous les cas de VIH soient déclarés et comptabilisés auprès du Ministre des Services de santé et des Services sociaux et de la direction de la santé publique. De même, l'Annexe 13 de ce règlement d'application devrait être amendée pour s'intituler, désormais, "*Déclaration du syndrome d'immunodéficit acquis (SIDA) et du virus de l'immunodéfience humaine (VIH)*"; que son contenu devant être amendé pour que soit inscrites les informations relatives au VIH.

Dans un deuxième temps, la *Loi sur la protection de la santé publique* devrait être amendée afin d'y ajouter un chapitre entier concernant la notification aux partenaires qui s'articulerait autour de quatre étapes³⁰².

Préliminairement, il y aurait lieu d'affirmer que sur confirmation d'un diagnostic de séropositivité, le patient aurait la responsabilité, d'une part, de prendre les moyens nécessaires afin d'éviter que ne soit transmis à son partenaire sexuel le VIH ou le SIDA et, d'autre part, aurait la responsabilité de les informer de leur exposition à ces virus.

Ceci dit, après avoir obtenu les résultats du test de séropositivité, le médecin traitant devrait inviter son patient à suivre une thérapie, laquelle serait faite soit par le médecin soit par un thérapeute dûment formé pour la faire. Au cours de cette thérapie, seraient discutés des thèmes tels que les conséquences d'être infecté par le VIH ou le SIDA, la responsabilité envers ses partenaires, l'acceptation de la maladie et de la notification aux partenaires. La participation à ladite thérapie devrait être volontaire et son but serait d'amener le patient à informer lui-même ses partenaires.

Après avoir bénéficié de ces conseils et de cette thérapie, le patient pourrait décider de participer au programme de notification ou non, le programme étant volontaire et non coercitif. Advenant un choix positif, la notification pourrait se faire

³⁰². L'auteure s'est grandement inspiré de la nouvelle législation (loi et règlement) adoptée en Saskatchewan modifiant la Loi sur la santé publique et concernant les maladies transmissibles: *An act respecting public health*, S.S., 1994, c. P-37.1 et *The Communicable Disease Control Regulation*, R.R.S., (1995) *Sask. Gaz II*, 649.

par quatre procédés.

Le premier, qui devrait être privilégié, laisserait la responsabilité de la notification au patient lui-même dûment formé lors de la rencontre où il prendrait la décision de notifier lui-même ses partenaires, le patient devrait fournir au médecin traitant une liste de ses partenaires en y précisant leurs nom, adresse, numéro de téléphone, l'âge et le sexe, afin de permettre à ce médecin traitant de faire un suivi auprès de son patient pour s'assurer qu'il respecte son engagement à informer ses partenaires.

Le deuxième procédé serait la notification par le médecin traitant sur demande expresse de son patient. Dans ce cas, le patient devrait, après avoir bénéficié ou non de la thérapie telle que décrite ci-haut, mandater son médecin traitant pour qu'il informe ses partenaires. Pour ce faire, il devrait lui fournir une liste détaillée de ses partenaires comprenant le nom, l'âge, le sexe, l'adresse et le numéro de téléphone de ces derniers. A partir de ces informations, le médecin traitant devrait communiquer avec chacune des personnes inscrites sur ladite liste, les rencontrer pour les informer qu'elles ont été en contact avec une personne infectée par le VIH ou par le SIDA, les inviter à passer un test de dépistage du VIH, leur offrir l'opportunité de bénéficier des services d'un thérapeute afin de discuter des questions concernant notamment l'annonce de l'exposition au VIH, le test de dépistage et la notification aux partenaires. Lors de cette rencontre, le médecin traitant ne devrait, d'aucune façon, fournir aux partenaires d'informations qui pourraient permettre d'identifier le patient. Par la suite, le médecin traitant devrait faire un suivi auprès des partenaires afin de s'assurer qu'ils ont passé à leur tour un test de dépistage du VIH et, dans le cas d'un résultat positif, s'assurer que le programme de notification se poursuive.

Le troisième procédé serait une combinaison des deux premiers procédés énoncés ci-haut, à savoir que pour certains partenaires le patient pourrait prendre la responsabilité de les notifier et pour d'autres, demander à son médecin traitant de le faire pour lui.

Le quatrième procédé engagerait la participation du département de santé

publique qui ne serait convoqué qu'in extremis. Ainsi, les services du département de santé publique ne seraient réclamés que lorsque le patient se serait engagé, dans un premier temps, à notifier lui-même ses partenaires mais refuserait, par la suite, de le faire et refuserait de mandater son médecin traitant pour le faire à sa place. Même si le médecin traitant possédait déjà la liste des partenaires de son patient (voir premier procédé), il ne pourrait les notifier qu'avec le consentement de son patient sans enfreindre son obligation au secret médical. Dans ces circonstances, le médecin traitant devrait donc transmettre la liste des partenaires au directeur du département de santé publique sans, toutefois, transmettre d'informations concernant le patient séropositif. Sur réception de cette liste, le directeur devrait faire la notification aux partenaires en communiquant avec chacun d'eux. Il devrait les rencontrer pour les informer qu'ils ont été en contact avec une personne infectée par le VIH ou le SIDA; les inviter à passer un test de dépistage du VIH et leur offrir l'opportunité de bénéficier des services d'un thérapeute afin de discuter des questions concernant notamment l'annonce de l'exposition au VIH, le test de dépistage et la notification aux partenaires.

Pour chacun des procédés susmentionnés, la notification aux partenaires devrait se faire dans un délai raisonnable suite à la connaissance du diagnostic du VIH et l'identité du patient ainsi que toutes informations pouvant l'identifier devraient être gardées confidentielles.

Afin de permettre une application efficace du programme de notification, la *Loi sur la protection de la santé publique* devrait être amendée afin d'y inclure une disposition octroyant une immunité contre toute poursuite judiciaire des personnes du service de santé qui interviendraient dans un dossier et fourniraient des renseignements en toute bonne foi et en respectant les dispositions de la loi.

Ces propositions n'enfreigneraient aucunement l'article 9 de la Charte car la notification par le médecin serait faite avec le consentement du patient et celle faite

par le département de santé publique n'entraverait pas le secret médical, aucune relation médecin-patient n'existant avec le département de santé publique. De plus, lors de ces procédés de notification, l'identité du patient ne serait jamais révélée, respectant ainsi la *Loi sur la protection de la santé publique* laquelle prévoit que les renseignements déclarés au ministre ou au directeur de la santé publique doivent être gardés confidentiels et ne peuvent être divulgués qu'à la personne indiquée ou visée par la déclaration s'il permettent de l'identifier. Aucune dérogation à la confidentialité ne serait permise, même par une autre loi³⁰³. A contrario, si les renseignements ne permettent pas d'identifier la personne déclarée, ils peuvent être dévoilés³⁰⁴.

Quant à son application, la stratégie de notification québécoise doit viser l'ensemble de la population et non seulement quelques groupes cibles car c'est l'ensemble de la population qui est à risque, le Docteur Réjean Thomas explique en ces termes la réalité québécoise:

"Le VIH continue de toucher de façon importante la communauté homosexuelle et bisexuelle et se répand de façon catastrophique chez les utilisateurs de drogues injectables et par le fait même chez leurs partenaires et l'ensemble de la population"³⁰⁵.

³⁰³ . *Loi sur la protection de la santé publique*, L.R.Q., 1977, c. P-35, article 7: "*Un renseignement permettant d'identifier une personne dont le nom apparaît à une déclaration faite en vertu des articles 5 ou 6 ne peut être divulgué qu'à cette personne; la présente disposition a priorité sur toute autre disposition d'une loi générale ou spéciale*".

³⁰⁴ . *Id.*

³⁰⁵ . Réjean THOMAS, "L'échec de la lutte contre le SIDA chez les groupes marginalisés par la société", *La Presse*, 4 juillet 1995, p.B-2.

Comme nous l'avons démontré, non seulement, à l'heure actuelle, il n'existe, au Québec, aucun programme de notification aux partenaires du patient séropositif ou sidéen, mais aucun programme ne semble prêt à voir le jour. La notification aux partenaires devrait pourtant faire partie intégrante des actions de prévention élaborées par le Ministère de la Santé et des Services sociaux et de ses organismes satellites afin de responsabiliser chaque individu, qu'il soit patient ou partenaire pour qu'il adopte des comportements sécuritaires afin d'éviter la transmission du VIH et du SIDA. Comme nous avons tenté de le démontrer, la notification aux partenaires pourrait se faire tout en respectant les droits du patient au secret médical et les droits des partenaires d'être informés. Il s'agit essentiellement d'une volonté politique.

BIBLIOGRAPHIE

LÉGISLATION ET REGLEMENTATION

A - CANADA

Textes fédéraux:

Charte canadienne des droits et libertés, partie I de la *Loi constitutionnelle de 1982* (Annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada* (1982, R.-U, c.11)).

Code criminel, L.R.C. (1985), c. C-46.

Textes provinciaux:

* Alberta

Alberta Bill of Rights, S.A., 1980, c. A-6.

Freedom of Information and Protection of Privacy Act, S.A., 1980, c. F-18.5.

Public Health Act, S.A., 1980, c. P-27.1.

Bodies of Deceased Persons Regulation, Alta. Reg. 237\85.

Communicables Diseases Regulation, Alta. Reg. 238\85.

Communicable Diseases Amendment Regulation, Alta. Reg. 357\88.

Forms Regulation, Alta. Reg. 193\85.

* Colombie-Britannique

Health Act, R.S.B.C., 1979, c. 161.

Health Act Communicable Disease Regulation, B.C. Reg. 4\83 (includes amendments up to B.C. Reg. 254\95).

Human Rights Act, R.S.B.C., 1979, c. 185-5.

Freedom of Information and Protection of Privacy Act, R.S.B.C., 1979, c. 61.

Privacy Act, R.S.B.C., 1979, c. 366.

Venereal Disease Act, R.S.B.C., 1979, c. 422.

Venereal Disease Act Regulation, B.C. Reg. 70\84.

* Ile-du-Prince-Edouard

Human Rights Act, R.S.P.E.I., 1988, c. H-12.

Public Health Act, R.S.P.E.I., 1988, c. P-30.

Notifiable and Communicable Diseases Regulations, R.P.E.I., 1985, c.P-30.

* Manitoba

Loi sur les droits de la personnes, L.R.M., 1987, c. H175.

Loi sur la protection de la vie privée, L.R.M., 1987, c. P125.

Loi sur la santé publique, L.R.M., 1987, c.P210.

Règlement sur les maladies et les dépouilles mortelles, Gazette du Manitoba, Partie II, vol. 117 no. 37, P210-338\88 R., p. 3521.

The Freedom of Information Act, S.M., 1988, c. F175.

* Nouveau-Brunswick

Loi sur le droit à l'information, S.N.B., 1978, c. R-10.3.

Loi sur les droits de la personne, L.R.N.B., 1973, c. H-11.

Loi sur les maladies, L.R.N.B., 1992, c. V-2.

Règlement en vertu de la loi sur les maladies vénériennes, R. N.B., 84-35, c. V-2.

Loi sur la santé, L.R.N.B., 1992, c. H-2.

Règlement en vertu de la Loi sur la santé, R.N.B., 88-200, c. H-2.

* Nouvelle-Ecosse

Freedom of Information and Protection of Privacy Act, N.S.S., 1993, c. 5.

Health Act, R.S.N.S., 1989, c.195.

Regulation in Respect of the Communicable Disease, N.S. Reg. 171\85, Royal Gazette, Partie II, vol. 9 (1985), p. 561.

Regulation in Respect of the Communicable Disease, N.S. Reg. 231\85, Royal Gazette, Partie II, vol. 9 (1985), p. 903.

Regulation in Respect of the Communicable Disease, N.S. Reg. 232\85, Royal Gazette, Partie II, vol. 9 (1985), p. 905.

Regulation in Respect of the Communicable Disease, N.S. Reg. 8\94, Royal Gazette, Partie II, vol. 18 (1994), p. 56.

Human Rights Act, S.N.S., 1989, c. C214.

* Ontario

Code des droits de la personne, R.S.O., 1990, c. H-19.

Loi sur l'accès à l'information et à la protection de la vie privée, R.S.O., 1990, c. F-31.

Loi sur la protection et la promotion de la santé, R.S.O., 1990, c. H-7.

Règlement en vertu de la Loi sur la protection et la promotion de la santé, R.R.O., 1991-1992, O. Reg. 558\91.

Règlement en vertu de la Loi sur la protection et la promotion de la santé,

R.R.O., 1991-1992, O. Reg. 559\91.

Règlement en vertu de la Loi sur la protection et la promotion de la santé, Ontario Regulation, 1991, Reg. 606\91.

Loi sur les sciences de la santé, R.S.O., 1990, c. H-4.

Règlement en vertu de la Loi sur les sciences de la santé, R.R.O., 1990, Reg. 548.

Règlement en vertu de la Loi sur les sciences de la santé, R.R.O., 1990, Reg. 558.

Règlement en vertu de la Loi sur les sciences de la santé, R.R.O., 1990, Reg. 560.

* Québec

Charte des droits et libertés de la personne, L.R.Q., 1977, c.C-12.

Code civil du Bas Canada.

Code civil du Québec.

Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, L.R.Q., 1977, c. A-2.1.

Loi médicale, L.R.Q., 1977, c. M-9.

Code de déontologie des médecins, R.R.Q., c. M-9, r.4.

Loi sur la protection de la santé publique, L.R.Q., 1977, c.P-35.

Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique, R.R.Q., c. P-35, r.1.

Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé, L.R.Q., 1977, c. P-39.1.

Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., 1977, c. S-4.2.

* Saskatchewan

An Act Respecting the Department of Health, S.S., 1978, c. D-17.

The Freedom of Information and Protection of Privacy Act, S.S., 1978, c. F-22.01.

An Act Respecting the Prevention and Control of Venereal Disease, S.S., 1978, c. V-4.

An Act Respecting the Protection of Privacy, S.S., 1978, c. P-24.

An Act Respecting Public Health, S.S., 1994, c. P-37.1.

The Communicable Disease Control Regulation, R.R.S., Saskatchewan Gazette, Part II, november 24, 1995, p. 649.

Saskatchewan Human Right Code, S.S., 1978, c. S-24.1.

* Terre-Neuve

An Act Respecting Communicable Diseases, R.S.N.F.L., 1990, c. C-26.

Communicable Disease Schedule Amendment, Nfld. Reg. 60\87, Newfoundland Gazette, part II, 3 avril 1987.

Freedom of Information Act, R.S.N.F.L., 1990, c. F-25.

An Act Respecting the Protection of Personal Privacy, R.S.N.F.L., 1990, c. P-22.

An Act Respection the Prevention of Venereal Disease, R.S.N.F.L., 1990, c. V-2.

Human Rights Code, R.S.N.F.L., 1990, c. H-14.

* Territoire du Nord-Ouest

Loi prohibant la discrimination, R.S.T.N.W., 1988, c. F-2.

Loi sur la santé publique, R.S.T.N.W., 1988, c. P-12.

Règlement sur les maladies transmissibles, R.R.T.N.W., 1990, c. P-13.

* Territoire du Yukon

Loi sur l'accès à l'information, L.R. Yukon, 1986, c.1.

Human Rights Act, S. Y., 1987, c. 3.

Public Health Act, R.S.Y.T., 1986, c. 136.

Communicable Diseases Regulations, Y.T. Reg. 1961\48 as amended by Y.T. Reg. 1970\46.

Public Health Ordinance, R.O.Y.T., c. P-8.

Liste of Communicable Diseases, O.I.C., 1989\188.

Venereal Disease Regulations, Y.T. Reg. 1958\97.

B - ETATS-UNIS

* Californie

California Health & Safety Code, Section 121015.

* Caroline du Nord

Public Health Law, 130a-144.

Communicable Disease Rule, *North Carolina Administrated Code*, T15a:19a.0202 (13)

* Caroline du Sud

South Carolina Code Annotated S44-29-90 (Law CO-O-P 1995).

South Carolina Code Annotated S44-29-146 (Law CO-O-P 1995).

* Colorado

COLO. REV. STAT. Section 25-4-1405.

JURISPRUDENCE

Pittman Estate v. Bain (1994) O.J. No. 463.

Tarasoff c. The regent of the University of California 551 P (2d) 334.

Halls c. Mitchell (1928) S.C.R. 125.

Papin c. Ethier (1995) R.J.Q. 1795-1808.

DOCTRINE

A - LIVRES & BROCHURES

AIDS POLICY CENTER, INTERGOVERNMENTAL HEALTH POLICY PROJECT, *A Summary of Aids Laws from the 1989 Legislative Session*, Washington, The George Washington University, 1990.

ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTE PUBLIQUE, *VIH et SIDA: une perspective de santé publique*, Ottawa, 1993.

BAUDOIN, J.L., *La responsabilité civile délictuelle*, Cowansville, Les éditions Yvon Blais, 1985.

BAYLIS, F. et J. DOWNIE, *Codes of Ethics: Ethics Codes, Standards, and Guidelines for Professionals Working in a Health Care Setting in Canada*, Toronto, Department of Bioethics, The Hospital for sick Children, 1992.

BÉLIVEAU, P., *Les garanties juridiques dans les Chartes des droits*, Montréal, Les éditions Thémis, 1991.

BYRNE, P., *Ethics and Law in Health Care and Research*, Chichester, John Wiley & Sons, 1990.

CURREN, T., Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement, *Le SIDA*, Ottawa, Ministère des Approvisionnement et Services Canada, Division des Sciences et de la Technologie, 14 septembre 1992.

DICKENS, B. et M. OUELLETTE, *Soins de santé, éthique et droit*, Institut canadien d'administration de la justice, Montréal, Les éditions Thémis, 1993.

GOSTIN, L. et L. PORTER, *International Law and AIDS: International Response, Current Issues, and Future Directions*, United States of America, Section of International Law and Practice, American Bar Association, 1992.

GOUREVITCH, D., *Hippocrate de Cos, De l'art médical*, Paris, Librairie générale française, Bibliothèque classique, livre de poche, 1994.

GOUVERNEMENT DU QUEBEC, *Santé publique et pays industrialisés*, Québec, Les publications du Québec, 1989.

GUNDERSON, M., D.J. MAYO et F.S. RHAME, *AIDS: Testing and Privacy*, Salt Lake City, University of Utah Press, 1989.

JURGENS, R. N. Gilmore et M. Somerville, *Responding to HIV/AIDS in Canada*, Montréal, McGill center for medicine, ethics and law, AIDS program research, 1992.

LESAGE-JARJOURA, P., LESSARD, J., PHILIPS-NOOTENS, S., *Elément de responsabilité civile médicale - Le droit dans le quotidien de la médecine*, Cowansville, Les Editions Yvon Blais Inc., 1995.

MARSHALL, T.D., *The Physician and Canadian Law*, Second edition, Toronto, The Carswell company limited, 1979.

MEAGHER, A.J., P.J. MARR et R.A. MEAHGER, *Doctors and Hospitals Legal Duties*, Toronto, Vancouver, Butterworths, 1991.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, Programme mondial de lutte contre le SIDA et programme des MST maladies sexuellement transmissibles, *Déclaration de consensus de la consultation sur la notification aux partenaires aux fins de prévention de la transmission du VIH*, Geneve, 11 au 13 janvier 1989.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, Programme mondial de lutte contre le SIDA, *Déclaration de la consultation sur le dépistage de l'infection à VIH et le Conseil*, Geneve, 16-18 novembre 1992.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, Programme mondial de lutte contre le SIDA, *Dépistage anonyme non corrélié pour la surveillance des infections à VIH dans le cadre de la santé publique: Propositions de directives internationales*, Geneve, Juin 1989.

PICARD, E.I., *Legal Liability of Doctors and Hospitals in Canada*, Second edition, Toronto, Calgary, Vancouver, Carswell, 1984.

QUIST, N., *AIDS Legal, Legislative, and Policy Issues*, Maryland, University Publishing Group, 1989.

ROZOVSKY, L.E et F.A. ROZOVSKY, *AIDS and Canadian Law*, Toronto, Vancouver, Butterworths, 1992.

ROZOVSKY, L.E. et F.A. ROZOVSKY, *Canadian Health Information*, Second edition, Toronto, Vancouver, Butterworths, 1992.

SHARPE, G., *The Law & Medicine in Canada*, Second edition, Toronto and Vancouver, Butterworths, 1986.

SNEIDERMAN, B., J.C. IRVINE et P.H. OSBORNE, *Canadian Medical Law*, Toronto, Calgary, Vancouver, Carswell, 1989.

SNOWDEN, D. et D.F. CASSIDY, *AIDS: A Handbook for Professionals*, Toronto, Ottawa, Calgary, Vancouver, Carswell, 1989.

STRAMA, B.T., *AIDS and Governmental Liability - State and Local Government Guide to Legislation, Legal Issues, and Liability*, United States of America, Section of Urban, State and Local Government Law, American Bar Association, 1993.

B - ARTICLES

ADLER, M.W. et A.M. JOHNSON, "Contact Tracing for HIV Infection", (1988) vol. 296 *British Medical Journal* 1420.

ALARY, M., J.R. JOLY et C. POULIN, "Gonorrhoea and Chlamydial Infection: Comparison of Contact Tracing Performed by Physicians or by a Specialized Service", (1991) 82 *Canadian Journal of Public Health* 132.

ASSOCIATION MEDICALE AMERICAINE, "Board of Trustees Report: Prevention and Control of Acquired Immunodeficiency Syndrome, An Interim Report", (1987) vol. 258 no. 15 *JAMA* 2097.

ASSOCIATION MEDICALE CANADIENNE, "Recommendations for tracing contacts of people infected with HIV" (1987) vol.136 *CMAJ* 732.

ASSOCIATION MEDICALE CANADIENNE, "A C.M.A. Position: Acquired Immunodeficiency Syndrome" (1989) 140 *CMAJ* 64 C.

BADOU, G., "SIDA: Le pire est devant nous", *L'Express*, 25 février 1993, 49.

BAUDOIN, J.L., "Le secret du médecin - son contenu - ses limites", (1963) 41 *R. du B. Can.* 491.

BAUDOIN, J.L., "Le secret professionnel en droit québécois et canadien", (1974) 5 *R.D.G.* 7.

BAYER, R.B. et K.E. TOOMEY, "HIV Prevention and the Two Faces of Partner Notification", (1992) vol. 82 no. 8 *American Journal of Public Health* 1158.

BEARDSELL, S., "Should wider HIV Testing Be Encouraged on the Grounds of HIV Prevention?", (1994) vol. 6 no. 1 *AIDS Care* 5.

BENRUBI, G.I., "Confidentiality in the Age of AIDS", (1992) vol. 37 no. 12 *The Journal of Reproductive Medicine* 969.

BERGER, P.B., "AIDS and the Law: Problems with the Ontario Health Protection and Promotion Act, 1983 - A Physician's Perspective", dans DICKENS, B. et M. OUELLETTE, *Soins de santé, éthique et droit*, Institut canadien d'administration de la justice, Montréal, Les éditions Thémis, p. 180.

BLATHERWICK, F.J., "HIV Infection and the Law - A Medical Health Officer's Perspective", dans DICKENS, B. et M. OUELLETTE, *Soins de santé, éthique et droit*, Institut canadien d'administration de la justice, Montréal, Les éditions Thémis, p. 205.

BRANDT, A.M., "The Syphilis Epidemic and its Relation to Aids", (1988) vol. 239 *SCIENCE* 375.

BRONSARD, L., "Dérogation au secret professionnel médical", (1983) 13 *R.D.U.S.* 427.

CAPPON, P., "HIV: The Debate Over Isolation as a Measure of Personal Control", (1991) 82 *Canadian Journal of Public Health* 404.

CARSWELL, D.G., "Disclosure by a Physician of AIDS-Related Patient Information: An Ethical and Legal Dilemma", (1989) 68 *R. du B. Can.* 225.

CATES Jr, W., "Acquired Immunodeficiency Syndrome, Sexually Transmitted Diseases, and Epidemiology", (1990) vol. 131 no. 5 *American Journal of Epidemiology* 749.

CATES Jr, W. et A.R. HINMAN, "AIDS and Absolutism - the Demand for Perfection in Prevention", (1992) vol. 327 no. 7 *The New England Journal of Medicine* 492.

CENTER FOR DISEASE CONTROL, "Partner Notification For Preventing Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection - Colorado, Idaho, South Carolina, Virginia", (1988) 37 *Morbidity and Mortality Weekly Report* 393.

CHOUFFAN, A. et M. DePRACONTAL, "Délit d'amour - "Pourquoi m'a-t-elle caché qu'elle était séropositive?", *Le Nouvel Observateur*, no. 1461, 5-11 novembre 1992, p. 45.

COTE, J.K., "Les pertes qu'entraîne le SIDA", (1991) février *L'infirmière Canadienne* 34.

COTE, J.K., "Rôle de l'infirmière face au SIDA", (1992) avril *L'infirmière Canadienne* 47.

CRYSTAL, S., L. DENGELI, P. BECK et E. DEJOWSKI, "AIDS Contact Notification: Initial Program Results in New Jersey", (1990) vol.2 no.4 *AIDS Education and Prevention* 284.

DePHILLIPS, D., D.S. METZGER, G.E. WOODY et H.A. NAVALINE, "Attitudes Toward Mandatory Human Immunodeficiency Virus Testing and Contact Tracing, A Survey of Intravenous Drug Users in Treatment", (1992) vol. 9 *Journal of Substance Abuse Treatment* 39.

DIMAS, J.T. et J.H. RICHLAND, "Partner Notification and HIV Infection: Misconceptions and Recommendations" (1989) vol.4 no. 4 *AIDS & Public Policy Journal* 206.

DROUIN BARAKETT, F. et P.G. JOBIN, "Une modeste loi du bon samaritain pour le Québec", (1976) 54 *R. du B. Can.* 290.

DUCHARME, L., "Le secret médical et l'article 9 de la Charte des droits et libertés de la personne", (1984) vol. 44 no. 5 *Revue de Barreau* 955.

EDGAR, H. et H. SANDOMIRE, "Medical Privacy Issues in the Age of AIDS: Legislative Options" (1990) vol. 16 no. 1 & 2 *American Journal of Law & Medicine* 155.

ELLIOT, R.D., "Legal Aspects", dans SNOWDEN, D. et D.F. CASSIDY, *AIDS: A Handbook for Professionals*, Toronto, Ottawa, Calgary, Vancouver, Carswell, 1989, p. 180.

FLAHERTY, D.A., "On the Utility of Constitutional Rights to Privacy and Data Protection", (1991) 41 *Case Western Reserve Law Review* 831.

FLANAGAN, W.F., "Equality Rights for People with AIDS: Mandatory Reporting of HIV Infection and Contact Tracing", (1989) 34 *McGill Law Journal* 530.

FORTIN, M.F., J.K. COTE et M.E. TAGGART, "Répercussion biopsychosociales du SIDA et pistes d'intervention et de recherche", (1989) vol. 14 no. 1 *Santé mentale au Québec* 96.

FRANCIS, D.P. et J. CHIN, "The Prevention of Acquired Immunodeficiency Syndrome in the United States - An Objective Strategy for Medicine, Public Health, Business, and the Community" (1987) vol. 257 no. 10 *JAMA* 1357.

FREEDMAN, S., "Medical Privilege", (1954) 32 *R. du B.Can.* 1.

FRIEDMAN, R., "The Application of Canadian Public Health Law to AIDS", (1988) 9 *Health Law in Canada* 49.

FRUMAN, L.S., "AIDS and the Physician's Duty to Warn (part 1)", (1991) 10 *Medecine & Law* 416.

FRUMAN, L.S., "AIDS and the Physician's Duty to Warn (part 2)", (1991) 10 *Medecine & Law* 515.

GAGE, R., "Manitoba to Name all AIDS Patients", (1987) april 14 *The medical Post* 5.

GAUTHIER, A.M., V.F. MAHER et P.B. TAYLOR, "A Special Servey Report on HIV and Ethics: To Tell or not to Tell, Whould You Breach Patient Confidentiality to Warn Someone at Risk for AIDS? Readers and Experts Respond to a Real-Life Ethical Dilemma", (1993) *Nursing* 93 50.

GIESECKE, J., K. RAMSTEDT, F. GRANATH, T. RIPA, G. RADO et M. WESTRELL, "Efficacy of Partner Notification for HIV Infection" (1991) vol. 338 *The Lancet* 1096.

GILLESPIE, M., "AIDS: Detection and Control", (1989) 47 *University of Toronto Faculty of Law Review* 354.

GLENNEY, J., "AIDS: A Crisis in Confidentiality", (1989) 62 *Southern California Law Review* 1702.

GOSTIN, L., "A Decade of a Maturing Epidemic: An Assessment and Directions for Future Public Policy" (1990) vol. 16 no. 1 & 2 *American Journal of Law & Medicine* 1.

HERBST, M.C., "AIDS: A Right to be Informed" (1991) 10 *Medicine & Law* 83.

HIGGINS, D.L., C. GALAVOTTI, K.R. O'REILLY, D.J. SCHNELL, M. MOORE, D.L. RUGG et R. JOHNSON, "Evidence for the Effects of HIV Antibody Counseling and Testing on Risk Behaviors", (1991) vol. 266 no. 17 *JAMA* 2419.

ISAACMAN, S.H. et M.L. CLOSEN, "Notifying Contacts of HIV-Infected Patients - Strategies to Use Until Health Agencies Assume Responsibility", (1989) vol. 85 no. 7 *Postgraduate Medicine* 42.

JONES, J.L., R.F. WYKOFF, S.L. HOLLIS, S.T. LONGSHORE, W.B. GAMBLE et R.A. GUNN, "Partner Acceptance of Health Department Notification of HIV Exposure, South Carolina", (1990) vol. 264 no. 10 *JAMA* 1284.

KEENLYSIDE, R.A., "HIV Testing, Counselling and Partner Notification", (1991) vol. 3 no. 4 *AIDS Care* 413.

KLOTZ, A., "Le droit au secours dans la province du Québec" (1991) 21 *R.D.U.S.* 479.

KNOPPERS, B.M., "Vérité et information de la personne", (1987) 18 *R.D.G.* 819.

KONESKI-WHITE, B.L., "AIDS and HIV: The Legal Dimension, a Selective Bibliography", (1991-1992) 6 *Journal of Law and Health* 131.

KOOP, C.E., "Physician Leadership in Preventing AIDS", (1987) vol.258 no.15 *JAMA* 2111.

KOUCHNER, A., "Le virus de la désunion", *L'Express*, 18 novembre 1993, p.67.

LANDIS, S.E., V.J. SCHOENBACH, D.J. WEBER, M. MITTAL, B. KRISHAN, K. LEWIS et G.G. KOCH, "Results of a Randomized Trial of Partner Notification in Cases of HIV Infection in North Carolina", (1992) vol. 326 no.2 *The New England Journal of Medicine* 101.

LEVINE, M.L., "Contact Tracing for HIV Infection: a Plea for Privacy", (1988) vol. 20 no. 1 *Columbia Human Rights Law Review* 157.

MAGNET, R., "The Right to Emergency Medical Assistance in the Province of Quebec", (1980) 40 *R. du B.* 373.

MARKS, G., J.L. RICHARDSON et N. MALDONADO, "Self-Disclosure of HIV Infection to Sexual Partners", (1991) vol. 81 no. 10 *American Journal of Public Health* 1321.

MARKS, G., J.L. RICHARDSON, M.S. RUIZ et N. MALDONADO, "HIV-Infected Men's Practices in Notifying Past Sexual Partners of Infection risk", (1992) vol. 107 no. 1 *Public Health Reports* 100.

MEREDITH, W.C.J., "Medical Privilege: A Good or Bad Law?", (1959) 19 *R. du B.* 361.

MILLSON, M.E., I. RASOOLY, E.A.F. SCOTT, A.D. OXMAN, J.W. FRANK, J.W. SELLORS, M. NAUS, J. CLARK et R.A. COATES, "Partner Notification for Sexually Transmitted Diseases: Proposed Practice Guidelines", (1994) suppl. 1 *Revue canadienne de santé publique* S53.

NOOTENS, S., "La législation québécoise sur les maladies transmises sexuellement: un instrument bien imparfait?", (1990) 21 *R.D.U.S.* 293.

NOOTENS, S., "La divulgation par le médecin de l'existence d'une maladie transmissible sexuellement", (1991) 70 *Canadian Bar Review* 517.

OXMAN, A.D., E.A.F. SCOTT, J.W. SELLORS, J.H. CLARK, M.E. MILLSON, I. RASOOLY, J.W. FRANK, M. NAUS et E. GOLDBLATT, "Partner Notification for Sexually Transmitted Diseases: An Overview of the Evidence", (1994) suppl. 1 *Revue canadienne de santé pblique* S41.

PATERSON, R.J., "AIDS, HIV, and Medical Confidentiality", (1991) vol. 7 no. 3 *Otago Law Review* 379.

PAVIA, A.T., M. BENYO, L. NILER et I. RISK, "Partner Notification for Control of HIV: Results after 2 Years of a Statewide Program in Utah", (1993) vol. 83 no. 10 *American Journal of Public Health* 1418.

POTTERAT, J.J., N.E. SPENCER, D.E. WOODHOUSE et J.B. MUTH, "Partner Notification in the Control of Human Immunodeficiency Virus Infection", (1989) vol. 79 no. 7 *American Journal of Public Health* 874.

RAMSTEDT, K., G. HALLHAGEN, B.I. LUNDIN, C. HAKANSSON, G. JOHANNISSON, G.B. LOWHAGEN, G. NORKRANS et J. GIESECKE, "Contact Tracing for Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection", (1990) January-March *Sexually Transmitted Diseases* 37.

RASOOLY, I., M.E. MILLSON, J.W. FRANK, M. NAUS, R.A. COATES, A.D. OXMAN, E.A.F. SCOTT, J.W. SELLORS et J. CLARK, "A Survey of Public Health Partner Notification for Sexually Transmitted Diseases in Canada", (1994) suppl. 1 *Revue canadienne de santé publique* S48.

RENE, P., "An Introduction to the Acquired Immune Deficiency Syndrome", dans SNOWDEN, D. et D.F. CASSIDY, *AIDS: A Handbook for Professionals*, Toronto, Ottawa, Calgary, Vancouver, Carswell, 1989, p. 2.

RUTHERFORD, G.W. et J.M. WOO, "Contact Tracing and the Control of Human Immunodeficiency Virus Infection", (1988) vol. 259 no. 24 *JAMA* 3609.

RUTHERFORD, G.W., J.M. WOO, D.P. NEAL, K.J. RAUCH, C. GEOGHEGAN, K.C. MCKINNEY, J. MCGEE et G.F. LEMP, "Partner Notification and the Control of Human Immunodeficiency Virus Infection - Two Years of Experience in San Francisco", (1991) vol. 18 no. 2 *Sexually Transmitted Diseases* 107.

SOMERVILLE, M.A., "AIDS: A Challenge to Health Care, Law and Ethics", dans SNOWDEN, D. et D.F. CASSIDY, *AIDS: A Handbook for Professionals*, Toronto, Calgary, Vancouver, Carswell, 1989, p. 200.

SPENCER, N.E., R.E. HOFFMAN, C.A. RAEVSKY, F.C. WOLF et T.M. VERNON, "Partner Notification for Human Immunodeficiency Virus Infection in Colorado: Results Across Index Case Groups and Costs", (1993) 4 *International Journal of STD & AIDS* 26.

TEGTMEIER, J.W., "Ethics and AIDS: A Summary of the Law and a Critical Analysis of the Individual Physician's Ethical Duty to Treat", (1990) vol. 16 no. 1 & 2 *American Journal of Law & Medicine* 249.

TOOMEY, K.E. et W. CATES Jr, "Partner Notification for the Prevention of HIV Infection", (1989) 3 (suppl.1) *AIDS* S57.

VALLIERE, N., "Le secret professionnel inscrit dans la Charte des droits et libertés de la personne du Québec", (1985) 26 *C. de D.* 1019.

VAN VLIET, E., "Law, Medecine, HIV and Woman: Construction of Guilt and Innocence", (1993) 1 *Health Law Journal* 191.

VAN WIK, C., "AIDS: Some medico-legal aspects", (1991) 10 *Medecine & Law* 139.

WISEMAN, M., "Hey Doc, Can You Keep a Secret? An Ohio Physician's Right to Warn Third Parties that they May Be at Risk of Contracting HIV", (1991-1992) 6 *Journal of Law and Health* 199.

WYKOFF, R.F., C.W. HEATH, S.L. HOLLIS, S.T. LEONARD, C.B. QUILLER, J.L. JONES, M. ARTZROUNI et R.L. PARKER, "Contact Tracing to Identify Human Immunodeficiency Virus Infection in a Rural Community", (1988) vol. 259 no. 24 *JAMA* 3563.