

Les femmes et le VIH

Ce feuillet fait partie d'une série de quatre, sur les droits humains des femmes qui vivent avec le VIH, ou qui y sont vulnérables, au Canada.

1. Les femmes incarcérées, le VIH et l'hépatite C

2. Les femmes et la criminalisation de la non-divulgence de la séropositivité au VIH
3. Les femmes, le travail sexuel et le VIH
4. Les femmes et le test de sérodiagnostic du VIH

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

Les femmes incarcérées, le VIH et l'hépatite C

« Je dirais qu'environ 80 % des femmes de la prison prenaient des drogues. 35 % les obtenaient en échange de faveurs sexuelles. Et 25 à 50 % des femmes s'injectaient des drogues. Pour l'injection, nous utilisions des seringues usagées qui venaient du bureau de l'infirmière, où nous les volions. De dix à quinze personnes utilisaient la même seringue, pendant un mois... Je me suis aussi fait tatouer. Je sais que l'aiguille pour mon tatouage avait été utilisée de nombreuses fois; je ne sais pas d'où elle venait, ni à qui elle avait servi. À l'époque, on n'avait pas accès à de l'eau de Javel, alors on ne nettoyait jamais nos seringues et nos aiguilles. On savait qu'on peut contracter l'hépatite C et le VIH par le partage de seringues et d'aiguilles, mais on s'en foutait. En dedans, nos vies étaient misérables alors peu nous importait de toute façon. »

— Une femme qui a été incarcérée dans la Prison pour femmes de Kingston, Ontario

Les femmes incarcérées au Canada : bref aperçu

Au Canada, les femmes ne forment qu'une petite minorité de la population carcérale. Néanmoins, elles comptent parmi les personnes les plus marginalisées, dans la société canadienne, non seulement parce qu'elles sont dépourvues de pouvoir en milieu carcéral, mais aussi en raison des réalités économiques, sociales et politiques qu'elles vivent. Les femmes incarcérées, plus souvent que les hommes, ont des troubles de santé chronique qui résultent de la pauvreté, de la consommation de drogue, de la violence sexospécifique, de la grossesse pendant l'adolescence, de la malnutrition, du piètre accès à des soins de santé préventifs et, dans le cas des femmes autochtones et noires, des effets de la colonisation, de l'esclavage et du racisme.

Parmi les détenues de ressort fédéral, un tiers est composé de femmes autochtones; 80 % ont déjà vécu la maltraitance physique et sexuelle (un pourcentage qui atteint les 90 %, parmi les Autochtones); un nombre considérable est aux prises avec une toxicomanie;

une sur cinq a des troubles de santé mentale; et plusieurs sont en situation de monoparentalité et sont les principales responsables de la garde de leur(s) enfant(s). Alors que 80 % des Canadiennes ont eu une éducation dépassant la 9^e année, la proportion est plutôt d'environ 50 % parmi les Canadiennes incarcérées. La consommation de drogue tend elle aussi à être plus présente dans la vie et la criminalité des femmes incarcérées : elles commettent des délits afin de toucher un revenu pour se procurer de la drogue. En particulier, les antécédents d'injection de drogue sont régulièrement plus répandus parmi les femmes que parmi les hommes, dans la population carcérale canadienne. En conséquence, plus de la moitié des accusations portées contre des femmes concernent des actes non violents, des crimes contre la propriété et des délits liés à la drogue.

En général, le bien-être des femmes en prison a toujours été secondaire à celui de la population masculine, plus grande. Les besoins correctionnels des femmes sont très différents de ceux des hommes. La Commission canadienne des droits de

la personne a d'ailleurs signalé que les critères utilisés pour la classification des détenus au palier fédéral sont définis d'après des normes pertinentes à la race blanche, au sexe masculin et à la classe économique moyenne, et que dans le cas des femmes condamnées à une peine d'incarcération fédérale cela donne lieu à des évaluations biaisées et discriminatoires : trop de détenues sont considérées comme un risque élevé pour la sécurité. Il en résulte de nombreux préjudices, pour ces femmes, puisque les cas à sécurité maximale sont confinés dans des unités de vie en ségrégation et, contrairement aux cas à sécurité minimale ou moyenne, ils ne sont pas admissibles aux programmes de travaux en placement à l'extérieur, aux programmes de placement communautaire ou à d'autres programmes de soutien qui sont conçus pour améliorer les chances de réinsertion sociale. Par ailleurs, vu le nombre plus limité d'établissements pour femmes et le fait que certains soient dans des régions isolées, les femmes détenues ont moins de chances d'avoir accès à du soutien communautaire et elles sont plus susceptibles de se retrouver loin de leur famille, de leur communauté et d'autres réseaux de soutien. La dislocation géographique est une cause d'isolement particulier pour les femmes autochtones, qui sont dans bien des cas originaires de communautés plus éloignées.

De plus, les femmes incarcérées sont négligées dans la fourniture de services. Vu leur nombre relativement faible dans un établissement donné, les autorités de la prison ont du mal à justifier de fournir des services spécifiques aux femmes. Celles-ci ont par conséquent de la difficulté à avoir accès à des services pour le VIH qui soient équivalents à ceux qui sont fournis aux femmes à l'extérieur des prisons, voire aux hommes en prison. La situation est d'autant plus troublante parce que, dans l'ensemble, les femmes qui vivent avec l'infection à VIH ou à VHC [virus de l'hépatite C] ne reçoivent pas aussi rapidement que les hommes les services diagnostiques et médicaux qui leur seraient bénéfiques. Les besoins des femmes atteintes du VIH ou du VHC sont, de plus, différents de ceux des hommes; et les services sociaux et communautaires dont elles ont besoin sont souvent plus rares et moins accessibles. Les femmes ont donc des connaissances sur le VIH et sur le VHC souvent plus limitées que les hommes; et les structures nécessaires sont souvent absentes. En outre, les manifestations de maladies attribuables à l'infection à VIH peuvent être différentes chez les femmes, et faire en sorte que leur état ne soit pas diagnostiqué, ou le soit en retard et qu'à

ce moment la maladie à VIH soit en phase plus avancée. Le caractère inadéquat des services de santé en prison a été mis en évidence par une étude sur les femmes incarcérées dans des établissements fédéraux, réalisée en 2003 — l'analyse la plus complète des besoins spécifiques des détenues de ressort fédéral, en matière de prévention, de soins, de traitements et de soutien en matière de VIH et de VHC. La majorité des femmes interviewées ont fait état d'une insatisfaction généralisée quant à la qualité et à l'accessibilité des services médicaux en prison; et les femmes atteintes du VIH et/ou du VHC ont identifié de nombreux obstacles à leur obtention de services médicaux appropriés : difficulté à obtenir des tests sanguins, des consultations avec un médecin ou un spécialiste, des soins adéquats pour le contrôle de la douleur, et des médicaments pour atténuer des effets indésirables des traitements contre le VIH et contre le VHC. Les femmes ont aussi affirmé que les programmes d'éducation à la prévention du VIH ne correspondaient pas à leurs besoins; et celles atteintes du VIH et/ou du VHC ont fortement souligné le manque de soutien et de services de counselling appropriés à leurs besoins spécifiques. Dans une enquête ultérieure, réalisée en 2010 par le Service correctionnel du Canada sur les détenus confiés à sa garde, un thème fréquent dans les réponses des participantes était l'insatisfaction quant aux installations et à l'accessibilité des services de santé mentale et physique — un point saillant étant précisément le besoin de services de dépistage des infections transmissibles sexuellement (ITS).

Faits et chiffres : femmes et épidémies du VIH et du VHC en prison

- Les démêlés avec la justice et l'incarcération sont souvent dus à des délits concernant la criminalisation de certaines drogues, et destinés à s'en procurer ou résultant de leur consommation. **Dans les prisons fédérales canadiennes, une femme sur quatre est incarcérée à la suite d'accusations qui concernaient la drogue.**
- **À quelques exceptions près, la prévalence du VIH et du VHC est généralement plus élevée parmi les femmes que parmi les hommes, en prison, notamment en présence d'antécédents d'injection de drogue.** Dans une étude réalisée dans les centres provinciaux de détention au Québec, les taux de VIH et de VHC parmi les femmes étaient de 8,8 % et de 29,2 %, respectivement; chez les détenus de sexe masculin, ils étaient de 2,4 % et de 16,6 %. En 2007,

une enquête nationale du SCC a conclu à des taux de VIH et de VHC de 5,5 % et de 30,3 % parmi les détenues de ressort fédéral; et de 4,5 % et 30,8 % parmi les détenus fédéraux de sexe masculin. Les détenues autochtones avaient les taux les plus élevés, soit respectivement 11,7 % et 49,1 %. Dans une étude réalisée auprès de détenues en Colombie-Britannique, les taux de VIH et de VHC autodéclarés étaient de 8 % et de 52 %.

« Les femmes incarcérées sont plus susceptibles que celles du reste de la population d'avoir été aux prises avec la violence et la maltraitance »

- Bien que la majorité des femmes incarcérées passent volontairement des tests de sérodiagnostic du VIH et du VHC, la provision de **counselling pré-test et post-test a été décrite comme rare, voire inexistante dans certains cas**. Les femmes incarcérées sont plus susceptibles que celles du reste de la population d'avoir été aux prises avec la violence et la maltraitance; le counselling conjoint au test du VIH revêt donc une importance accrue.
- Les femmes incarcérées qui vivent avec le VIH ont des **inquiétudes quant au respect de la confidentialité de leur séropositivité**. On a signalé que des femmes avaient été contraintes d'attirer sur elles une attention qu'elles ne désiraient pas, dans leur recours à des médicaments contre le VIH, à des services de test pour le VIH et le VHC, à des thérapies et des diètes (parfois fournies à des heures spécifiques et dans un endroit public), ou parce que les demandes de matériel pour le sécurisexe ou d'eau de Javel doivent être adressées à des employés correctionnels. Les violations du droit des femmes à la vie privée et à la confidentialité ont de lourdes répercussions, en prison, vu la stigmatisation et la discrimination qui y sont répandues à l'égard des personnes vivant avec le VIH.
- Pour de nombreuses femmes, la consommation de drogue en prison est un moyen de composer avec des traumatismes et d'alléger la douleur et l'anxiété (y compris la peur de se voir retirer la garde de leurs enfants en raison de leur casier judiciaire). Dans une enquête nationale de 2007, **un quart des femmes détenues dans des prisons fédérales ont déclaré avoir fait usage de drogue** au cours des six plus récents mois en prison; et **15 % des détenues ont déclaré avoir consommé des drogues par injection**. De celles qui avaient pratiqué l'injection, **41 % ont utilisé la seringue usagée d'une autre détenue, et 29 % ont partagé une seringue avec une détenue vivant avec le VIH ou le VHC, ou dont elles ne connaissaient pas l'état sérologique**. Une étude nationale parmi les détenues de ressort fédéral et une étude auprès des femmes incarcérées dans une prison provinciale de Colombie-Britannique ont conduit à des conclusions semblables : **une femme sur cinq a déclaré s'injecter de la drogue en prison**.
- Dans une étude nationale de 2007, **30 % des détenues de ressort fédéral ont déclaré avoir eu des rapports sexuels oraux, vaginaux ou anaux**. Dans une étude de 2003 parmi les détenues de ressort fédéral, **une femme sur quatre a déclaré avoir eu des rapports sexuels non protégés**.
- Dans une étude de 2003 parmi les détenues de ressort fédéral, **une femme sur quatre s'adonnait au tatouage**. Dans une étude de 2003 dans des prisons provinciales au Québec, 9 % des femmes avaient été tatouées ou avaient reçu un perçage corporel en prison.
- **Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de se mutiler, par des pratiques comme la taillade et la scarification**, une stratégie d'adaptation fréquemment associée à des expériences d'exploitation sexuelle pendant l'enfance. Dans une étude réalisée en 2003 parmi les détenues de prisons fédérales, 9 % des femmes interviewées s'étaient tailladé ou scarifié la peau ou s'étaient automutilées d'autres manières. Une étude de 2010 parmi les détenues de prisons fédérales a établi que 30 % des répondantes avaient pratiqué une forme ou une autre d'automutilation, pendant l'incarcération.
- Puisque la douleur chronique peut être un symptôme de l'infection à VIH ainsi qu'à VHC, l'accès à une gestion efficace de la douleur est une préoccupation répandue pour les personnes qui en sont atteintes. Toutefois, des femmes ont fait état d'obstacles à la gestion de la douleur, en prison. Les femmes dont les **besoins en matière de contrôle de la douleur** sont laissés pour compte par le personnel risquent de se tourner vers l'injection de drogues illicites, afin d'atténuer elles-mêmes leur souffrance.

Les femmes, la prison et le droit

Les politiques et le droit canadien et international requièrent que les prisons soient sensibles aux réalités sexospécifiques, en particulier en ce qui concerne la santé des femmes. Dans les établissements correctionnels fédéraux, par exemple, le SCC prévoit que « [t]outes les activités visant à traiter les maladies infectieuses dans la population carcérale doivent être menées en tenant compte du sexe des individus et des besoins culturels des groupes. » (Directive 821 du Commissaire, art. 10); de plus, la Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition requiert que le SCC fournisse des programmes conçus spécialement en fonction des besoins des femmes ainsi que des personnes autochtones, en prison (art. 77 et 80).

À l'échelle internationale, il est de plus en plus largement reconnu que les besoins des femmes incarcérées ne sont pas satisfaits et que les États doivent reconnaître la spécificité de ces besoins. Par exemple, les *Lignes directrices de l'OMS sur le VIH et le sida en prison* signalent que « [u]ne attention particulière devrait être donnée aux besoins des femmes incarcérées. Il faut apprendre au personnel qui s'occupe des détenues à faire face aux problèmes psychosociaux et médicaux associés à l'infection à VIH chez les femmes » (point 44). D'autre part, dans *HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings: A Framework for an Effective National Response* (Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, 2006), on prône des initiatives qui « tiennent compte que, dans de nombreux pays, les femmes ont une vulnérabilité accrue à l'infection par le VIH, présentent une prévalence d'infection à VIH plus élevée que les

hommes, en prison, ont des comportements à risque différents des détenus de sexe masculin, et purgent généralement des peines plus courtes que les hommes » [trad.] (action 56, p. 24).

Comme tous les détenus, les femmes incarcérées ne perdent pas leurs droits à l'entrée de la prison — elles conservent tous les droits de la personne qui ne sont pas abrogés *de facto* par l'emprisonnement.¹ Sont par conséquent maintenus :

- le droit à « la norme de santé la plus élevée qui puisse être atteinte »;²
- le droit à la vie;³
- le droit à la liberté et à la sécurité de la personne;⁴
- le droit à l'égalité et de ne pas subir de discrimination, y compris en matière de services de santé;⁵
- le droit de ne pas subir de peine ou de traitement cruel et inusité; et⁶
- le droit à des soins de santé selon une norme équivalant à ce qui est disponible dans la communauté.⁷

Ces dispositions nécessitent, au minimum, que les détenues aient accès à des soins de santé équivalant au moins à la norme de ceux fournis aux femmes dans la collectivité. Compte tenu de la prévalence beaucoup plus élevée du VIH et du VHC parmi les femmes incarcérées, cela entraîne que les prisons doivent mettre à leur disposition une gamme complète de mesures de réduction des méfaits, y compris des programmes de seringues dans les prisons..

Des politiques du SCC et de certains systèmes carcéraux des provinces et territoires prescrivent la fourniture de condoms, de digues dentaires, de lubrifiant, d'eau de Javel, de même que du traitement d'entretien à la méthadone; cependant, la disponibilité de ces éléments n'est pas uniforme partout au pays. L'existence de politiques relatives à des mesures de réduction des méfaits n'empêche pas que des femmes aient fait état d'une distribution inégale, de quantités insuffisantes et d'un manque de confidentialité, comme obstacles à l'accès à ces mesures. Le fait qu'elles doivent s'adresser au personnel de santé de la prison ou à des agents correctionnels afin de se procurer du matériel préventif,

par exemple, dévoile forcément leur activité sexuelle ou leur consommation de drogue par injection — des activités interdites en prison et pour lesquelles elles peuvent être sévèrement punies (notamment par une extension de la peine ou une période de ségrégation).

Aucun système carcéral, au Canada, n'autorise des programmes comme l'échange de seringues et l'approche sécuritaire au tatouage, en dépit d'un lourd corpus de preuves pertinentes de comportements à risque et en dépit du souhait des détenues de recourir à de telles mesures. L'absence de matériel d'injection stérile est particulièrement problématique, vu l'omniprésence

d'injection de drogue en prison, la fréquence du partage de seringues et le fait que le nettoyage à l'eau de Javel ne procure pas une stérilisation adéquate du matériel d'injection.

La Commission canadienne des droits de la personne a signalé que l'incidence du partage de seringues est plus marquée sur les femmes que sur les hommes, « en raison du taux plus élevé de toxicomanie et d'infection par le VIH au sein de cette population »; elle a précisé que « ces effets sont peut-être particulièrement notables chez les femmes autochtones purgeant une peine de ressort fédéral. » En signalant que le fait de priver les détenus de mesures de réduction des méfaits qui sont conformes aux normes sanitaires reconnues dans la communauté les expose à un risque accru, la Commission a recommandé que « le Service correctionnel du Canada lance un projet pilote d'échange de seringues dans trois établissements correctionnels ou plus, dont au moins un établissement pour femmes. »

Recommandations de politiques et réformes du droit

- **Développer des avenues de rechange à l'incarcération.** La plupart des femmes incarcérées ont été condamnées pour des délits non violents et elles ne représentent aucun risque pour le public. Toute stratégie complète de riposte au VIH en milieu carcéral devrait viser à réduire la surpopulation, puisque celle-ci peut créer des conditions propices à des éruptions de violence, y compris à caractère sexuel. On devrait envisager de développer et de mettre en œuvre des stratégies intégrant les peines à purger dans la collectivité, pour les femmes, en particulier lorsqu'elles sont enceintes ou ont de jeunes enfants.
- **Fournir des services de santé équivalant à ceux disponibles dans la collectivité.** Toutes les prisons devraient rendre disponibles et accessibles des condoms, des digues dentaires, du lubrifiant, de l'eau de Javel, des traitements de substitution aux opiacés, des médicaments adéquats pour le contrôle de la douleur, et de l'information pour réduire les préjudices de l'automutilation. En particulier, les provinces et territoires qui ne fournissent pas encore ces mesures de réduction des méfaits devraient développer des politiques pour les introduire dans toutes leurs prisons.
- **Des politiques devraient être développées pour rendre disponibles, et réellement accessibles, des instruments stériles pour l'injection et pour le**

tatouage sécuritaire, comme c'est le cas dans la communauté, conformément aux pratiques exemplaires reconnues pour ces programmes dans la communauté.

- **Avant et après le test du VIH, le counselling devrait être effectué systématiquement.** Les femmes incarcérées ne devraient se voir administrer des tests pour le VIH et pour le VHC qu'après avoir donné leur consentement éclairé, et aucune ne devrait recevoir un de ces tests sans qu'il soit précédé et suivi du counselling approprié.
- **Le droit des détenus à la confidentialité et à la vie privée doit être respecté.** La sécurité des renseignements personnels des femmes, comme leur dossier médical et les renseignements qu'il contient, doit en tout temps être respectée. De plus, l'accès des femmes à l'éducation préventive, aux traitements, aux éléments appropriés de nutrition, au counselling, au soutien, aux tests diagnostiques ainsi qu'aux mesures préventives et de réduction des méfaits devrait être promu entre autres par la garantie de la confidentialité de celles qui participent à ces programmes et recourent à ces mesures.
- **Les détenues qui vivent avec le VIH/VHC ou qui y sont vulnérables devraient être impliquées de manière significative dans la conception des politiques.** L'apport des personnes touchées directement, qui peuvent contribuer de leurs expériences, rehaussera l'efficacité et le bien-fondé des politiques et programmes pertinents à la riposte au VIH et au VHC en prison.

Recherches et rapports cités

- Agence de la santé publique du Canada. *Rapport final : Estimation du nombre de personnes co-infectées par le virus de l'hépatite C et le virus de l'immunodéficience humaine au Canada*, 2002.
- Arbour, Honorable Louise. *Commission d'enquête sur certains événements survenus à la Prison des femmes de Kingston*. Solliciteur général du Canada, 1996.
- Barrett M. et coll. *Vingt ans plus tard : Retour sur le Rapport du Groupe d'étude sur les femmes purgeant une peine fédérale*. Service correctionnel du Canada, 2010.
- Bastick M. et L. Townhead. *Femmes en prison : Commentaire sur l'Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus*. Bureau Quaker auprès des Nations Unies, 2008.

Betteridge G. et G. Dias. *Temps dur : programmes de prévention du VIH et de l'hépatite C pour les détenus au Canada*. Réseau juridique canadien VIH/sida, 2007.

Boyd S. et K. Faith. « Women, illegal drugs and prison: views from Canada ». *International Journal of Drug Policy* 10 (1999) : 195–207.

Commission canadienne des droits de la personne. *Protégeons leurs droits : Examen systématique des droits de la personne dans les services correctionnels destinés aux femmes purgeant une peine de ressort fédéral*, 2003.

DiCenso A. et coll. *Ouvrir notre avenir : Une étude nationale sur les détenues, le VIH et l'hépatite C*. Réseau d'action et de soutien des prisonniers et prisonnières vivant avec le VIH/sida, 2003.

Kong R. et K. AuCoin. *Les contrevenantes au Canada*. Centre canadien de la statistique juridique, 2008.

Martin R. « Drug use and risk of blood-borne infections ». *Revue canadienne de santé publique* 96(2) (2005) : 97–101.

Poulin C. et coll., « Prevalence of HIV and hepatitis C virus infections among inmates of Quebec provincial prisons ». *Journal de l'Association médicale canadienne* 177(3) (2007) : 252–256.

Power J. et A. Usher. *Étude qualitative de l'automutilation chez les femmes incarcérées. Service correctionnel du Canada*, 2010.

Service correctionnel du Canada. « Santé publique dans les Services correctionnels fédéraux », *Le point sur les maladies infectieuses* 6(1), automne 2008.

Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW). L'art. 86 de la LSCMLSC oblige, de plus, le SCC à fournir à toute personne sous sa garde les « soins de santé essentiels » à sa réadaptation et à sa réinsertion dans la collectivité.

³ Art. 6 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIRDPC); et art. 7 de la Charte canadienne des droits et libertés (la Charte).

⁴ Art. 9 du PIRDPC et art. 7 de la Charte.

⁵ Art. 26 du PIRDPC, CEDAW et art. 15 de la Charte.

⁶ Art. 7 du PIRDPC, et art. 12 de la Charte.

⁷ Voir p. ex., les *Principes fondamentaux* des Nations Unies relatifs au traitement des détenus 1990, principe 9; OMS, *Lignes directrices de l'OMS sur le VIH et le sida en prison*, 1993; ONUDC, OMS et ONUSIDA, *HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings: A Framework for an Effective National Response*, 2006; ONUSIDA, « Déclaration de l'ONUSIDA à la Commission des droits de l'homme pendant sa cinquante-deuxième session – avril 1996 », dans *Le SIDA dans les prisons : point de vue ONUSIDA* (Genève, ONUSIDA, 1997), p. 3. Au Canada, l'art. 86(2) de la LSCMLSC stipule que, dans les prisons, la « prestation des soins de santé doit satisfaire aux normes professionnelles reconnues », ce qui implique un droit à des soins de santé comparables à ceux offerts dans l'ensemble de la collectivité.

Remerciements

Merci à Keisha Williams, coordonnatrice du Programme communautaire pour femmes du Réseau d'action et de soutien des prisonniers et prisonnières vivant avec le VIH/sida, qui a révisé et commenté ce feuillet.

Références

¹ Art. 4(e) de la Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition (LSCMLSC); et point 5 des *Principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus*.

² Art. 12(1) du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels; et art. 12 de la

Ce feuillet d'information contient des renseignements généraux. Il ne constitue pas un avis juridique.

Ce feuillet d'information est téléchargeable sur le site Internet du Réseau juridique canadien VIH/sida, à www.aidslaw.ca/femmes. On peut en faire des copies, à condition de ne pas les vendre, et de préciser que la source de l'information est le Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec le Réseau juridique, à info@aidslaw.ca. *This info sheet is also available in English.*

Cette publication a été financée par l'Agence de la santé publique du Canada. Les opinions exprimées dans cette publication sont celles des auteurs/chercheurs et ne reflètent pas nécessairement les points de vue officiels de l'Agence de la santé publique du Canada.

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 2012.

Les femmes et le VIH

Ce feuillet fait partie d'une série de quatre, sur les droits humains des femmes qui vivent avec le VIH, ou qui y sont vulnérables, au Canada.

1. Les femmes incarcérées, le VIH et l'hépatite C
2. Les femmes et la criminalisation de la non-divulgence de la séropositivité au VIH
3. Les femmes, le travail sexuel et le VIH
4. Les femmes et le test de sérodiagnostic du VIH

Les femmes et la criminalisation de la non-divulgence de la séropositivité au VIH

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

Les femmes, le VIH et le droit criminel

Au Canada, les personnes vivant avec le VIH ont une obligation légale, en vertu du droit criminel, de dévoiler leur séropositivité au VIH à leurs partenaires sexuels avant d'avoir un rapport sexuel qui pose une « possibilité réaliste de transmission », comme l'ont établi les cours.¹ Sans égard à la question de savoir s'il y a eu transmission du VIH ou pas, les personnes vivant avec le VIH peuvent être accusées d'agression sexuelle grave, un des crimes les plus graves abordés dans le Code criminel du Canada, même si elles n'avaient pas d'intention de porter préjudice.

L'obligation légale de divulguer son statut positif pour le VIH a été établie par la Cour suprême du Canada (CSC) dans l'arrêt *R. c. Cuerrier*, en 1998.² En 2012, la loi a été durcie avec la publication des arrêts *R. c. Mabior* et *R. c. D.C.*³ de la CSC, établissant que les personnes vivant avec le VIH étaient désormais à risque de poursuites criminelles *même* si elles avaient utilisé un condom ou avaient une charge virale faible ou indétectable.

La criminalisation de la non-divulgence a été largement critiquée par la communauté du VIH, de même que des défenseurs des droits des femmes, des experts en droit, des cliniciens et des infirmières, comme étant une approche inadéquate pour contrer l'exposition au VIH. La criminalisation du VIH nuit aux efforts de santé publique pour combattre le VIH, et contribue à la stigmatisation et à la discrimination liées au VIH. Le recours actuel au droit criminel, au Canada, fait fi de la complexité de la divulgation et passe outre aux progrès immenses en matière de traitement et de prévention du VIH – et il entraîne souvent de lourdes injustices pour les personnes poursuivies.

Les tenants de la criminalisation de la non-divulgence du VIH présentent souvent la loi comme un outil pour protéger les femmes contre l'infection par le VIH et pour rehausser la dignité et l'autonomie des femmes en ce qui concerne la prise de décisions sexuelles. Dans sa décision de 2012, la CSC a maintes fois répété, sans beaucoup expliquer, que

son approche correspondait aux valeurs de l'égalité et de l'autonomie sexuelle établies dans la *Charte canadienne des droits et libertés*. Cette impression est renforcée par le fait que (a) la plupart des personnes accusées à ce jour sont des hommes vivant avec le VIH qui ont eu des rapports sexuels avec des femmes; et le fait que (b) la loi sur l'agression sexuelle est appliquée dans des cas d'allégation de non-divulgence du VIH – un domaine du droit où l'on vise historiquement à protéger les femmes contre la violence sexospécifique.

Au moment où nous rédigeons le présent feuillet, au moins 18 femmes avaient été accusées en lien avec la non-divulgence de leur séropositivité au VIH, au Canada – or l'impact sur les femmes est beaucoup plus grand. Une analyse sexospécifique du recours actuel au droit criminel en lien avec la non-divulgence du VIH révèle que la criminalisation est une approche inflexible, punitive et brutale, pour la prévention du VIH, et qu'elle ne procure pas grand protection aux femmes, contre l'infection par le VIH, la violence, la coercition ou l'asservissement sexuel. Le recours actuel au droit criminel a de sérieuses conséquences néfastes pour les femmes qui vivent avec le VIH, celles qui vivent dans la pauvreté, qui font face à la stigmatisation et à la discrimination, qui ont un statut d'immigration incertain ou une relation marquée par la dépendance ou la maltraitance.⁴ De plus, le recours à la loi sur l'agression sexuelle dans le contexte de la non-divulgence du VIH – lorsque l'activité sexuelle est consensuelle – ne convient pas, et peut au bout du compte avoir des effets délétères sur la loi en matière d'agression sexuelle en tant qu'outil pour le progrès de l'égalité des genres et contre la violence sexospécifique.⁵

Faits et chiffres

- Les personnes vivant avec le VIH peuvent être traduites en justice pour la non-divulgence de leur séropositivité à un partenaire sexuel avant d'avoir **un rapport sexuel comportant « une possibilité réaliste de transmission du VIH »**.

- **Les cours déterminent ce que signifie « possibilité réaliste de transmission du VIH ».** Dans *R. c. Mabior*, la CSC a affirmé que « de manière générale, cette possibilité est écartée (i) lorsque la charge virale de l'accusé est faible au moment du rapport sexuel et (ii) que le condom est utilisé ». La Couronne doit prouver par ailleurs que le plaignant n'aurait pas consenti aux rapports sexuels s'il avait été au courant du statut VIH de la personne séropositive.
- Selon les données scientifiques, la probabilité de transmission du VIH lors d'un acte de pénétration vaginopénienne (sans condom ou alors que la charge virale est faible) est d'environ 0,08 %, soit 8 sur 10 000. Des études indiquent que **la probabilité de transmission du VIH d'une femme à un homme** est d'environ la moitié de celle d'un homme à une femme (c.-à-d. 0,04 % ou **4 sur 10 000**).⁶
- Lorsqu'un **condom** est utilisé **ou** lorsque la personne séropositive au VIH suit une thérapie **antirétrovirale efficace**, la possibilité de transmission du VIH par le sexe vaginal ou anal se situe entre **négligeable**⁷ et nulle.
- En 2016, l'étude PARTNER a conclu à **zéro cas de transmission du VIH après que des couples sérodiscordants pour le VIH aient eu des rapports sexuels** à plus de 58 000 reprises.⁸ Dans ces couples, le partenaire séropositif suivait une thérapie antirétrovirale et avait une charge virale inférieure à 200 copies/ml.
- Lorsqu'ils sont utilisés correctement et qu'ils ne se brisent pas, **les condoms sont efficaces à 100 %** contre la transmission du VIH.⁹
- Le sexe oral donné par une personne séropositive au VIH à une personne séronégative ne pose pas de possibilité de transmission du VIH. Un **cunnilingus** donné à une femme séropositive n'a **jamais été associé de façon définitive à une transmission du VIH**.¹⁰
- Le fait de **recevoir un crachat** d'une personne séropositive au VIH ne pose **aucune** possibilité de transmission du VIH.¹¹
- **Être mordu** par une personne séropositive au VIH pose une **possibilité négligeable** de transmission du VIH lorsque la morsure transperce la peau de la personne et que la salive de l'individu séropositif contient du sang. Sans cela, être mordu par une personne séropositive au VIH ne pose pas de possibilité de transmission du VIH.¹²
- **Au Canada, plus de 180 personnes séropositives ont été accusées de non-divulgence de leur séropositivité au VIH avant une relation sexuelle (de 1989 à décembre 2016), dont 18 femmes; six de celles-ci sont autochtones.**¹³ Les femmes autochtones sont

surreprésentées, parmi les femmes accusées de non-divulgence du VIH.

- Des femmes vivant avec le VIH ont également été accusées en lien avec des actes de crachat et de morsure.
- À l'exception de quelques poursuites concernant d'autres infections transmises par voie sexuelle (herpès, hépatites B et C), **les poursuites pour non-divulgence ne visent que le VIH**.
- Presque toutes les femmes poursuivies pour la non-divulgence de leur séropositivité au VIH, au Canada, ont été accusées d'**agression sexuelle grave**, un crime passible d'une **peine maximale d'emprisonnement à perpétuité et d'inscription au registre des délinquants sexuels**.
- Les femmes vivant avec le VIH, y compris celles qui sont accusées de non-divulgence, sont à risque élevé de violence. Dans une récente étude auprès de femmes vivant avec le VIH au Canada, **80 % des participantes ont déclaré avoir vécu de la violence à l'âge adulte, dont 43 % ayant fait état de violence sexuelle**.¹⁴

Une protection pour les femmes?

Une prévention efficace nécessite un accès complet au test de sérodiagnostic du VIH, au soutien, aux soins et au traitement. Elle implique d'encourager le test et les pratiques du sécurisexe et de faire en sorte que la divulgation puisse être sécuritaire pour les personnes séropositives. Elle inclut d'habiliter les femmes à se protéger et à protéger autrui, par la mise en œuvre de programmes qui tiennent compte de l'intersectionnalité de la race, du genre, de l'expérience de la colonisation, et d'autres déterminants sociaux de la santé. Elle nécessite également d'aborder la violence répandue à l'égard des femmes, car celle-ci accroît leur risque devant le VIH et crée des obstacles au traitement, aux soins et au soutien, de même qu'à la divulgation du VIH.

La criminalisation de la non-divulgence du VIH ne répond à aucun de ces objectifs. Bien que des recherches additionnelles au sujet de l'impact spécifique de la criminalisation sur l'accès des femmes aux soins, aux traitements et au soutien soient nécessaires, les données actuelles portent à penser que la criminalisation de la non-divulgence du VIH compromet l'accès à la prévention et au traitement en intensifiant la stigmatisation du VIH, en décourageant des individus de se faire dépister et en véhiculant de la mauvaise information au sujet du VIH et de sa transmission. Le recours actuel au droit criminel compromet également l'implication dans les soins, en réduisant la disposition des personnes vivant avec le VIH à avoir des discussions franches et candides au sujet de

la divulgation du VIH et au sujet de leur vie sexuelle, vu la crainte que ces discussions avec des fournisseurs de soins cliniques, des professionnels de la santé publique ou d'autres travailleurs de soutien risquent d'être utilisées comme preuves contre elles lors de poursuites criminelles.¹⁵

De plus, la criminalisation de la non-divulgation du VIH ne sert aucunement à faire avancer l'autonomie sexuelle ou à protéger les femmes contre la violence sexospécifique. Plusieurs femmes ne sont pas en position de prendre des décisions autonomes quant au choix d'avoir des relations sexuelles, du type de ces relations, ni de l'usage de condoms. Les raisons de ce manque d'autonomie sont diverses; elles incluent la pression résultant de normes culturelles, le fait d'être en situation de dépendance ou d'insécurité économique, le manque de confiance en soi et d'habiletés pour la négociation ainsi que le fait d'avoir vécu de la violence et de la coercition. Mais la criminalisation de la non-divulgation du VIH n'altère aucun de ces facteurs et ne rehausse aucunement l'autonomie des femmes. Au contraire, la menace de poursuites pour des allégations de non-divulgation a en fait été utilisée comme un élément d'abus par des partenaires vindicatifs, contre des femmes vivant avec le VIH. La menace de poursuites peut également décourager des femmes vivant avec le VIH de la décision de quitter une relation de maltraitance ou de signaler une agression sexuelle à la police, de peur que leur séropositivité au VIH soit utilisée contre elles,¹⁶ ce qui les éloigne encore davantage de l'autonomie, de la justice, de la dignité et de la sécurité.

Les femmes séropositives au VIH : de « victimes » à « délinquantes sexuelles »

Étant donné que la plupart des poursuites pour la non-divulgation de la séropositivité au VIH visent des hommes qui ont des rapports sexuels avec des femmes, les femmes sont habituellement considérées comme des « victimes », dans les affaires de non-divulgation du VIH. Une fois qu'elles ont contracté le VIH, toutefois, les femmes deviennent vulnérables aux poursuites et se retrouvent « délinquantes sexuelles » si elles ne divulguent pas leur séropositivité (ou ne peuvent faire la preuve qu'elles l'ont divulguée).

La plupart des femmes condamnées pour non-divulgation du VIH sont dans des positions marginalisées qui ont pu contribuer à les rendre à risque pour le VIH. De plus, leur position sociale peut leur rendre particulièrement difficile la tâche de dévoiler leur séropositivité. Certaines ont subi de la violence; certaines vivent dans l'insécurité socioéconomique; certaines ont des troubles de santé mentale; d'autres sont en situation incertaine quant à leur immigration ou appartiennent à des communautés raciales ou ethniques qui souffrent encore de l'effet de la

colonisation, de l'esclavage et du racisme. Certaines ont contracté le VIH lors de relations sexuelles forcées ou sous la coercition. Et en raison de la criminalisation du VIH, elles sont devenues les nouveaux visages de la délinquance sexuelle.¹⁷

Le fait que le droit n'ait pas emboîté le pas aux connaissances scientifiques augmente également le risque de poursuites pour les femmes qui sont marginalisées. Certaines femmes peuvent ne pas être en mesure d'imposer à leur partenaire sexuel masculin de porter un condom.¹⁸ D'autres peuvent être incapables d'arriver à une charge virale faible ou indétectable. De fait, des données indiquent que les femmes vivant avec le VIH, au Canada, rencontrent des obstacles spécifiques à l'accès au traitement ainsi qu'à ses résultats.¹⁹ En suggérant que le droit exige à la fois le port d'un condom et une charge virale faible ou indétectable afin d'écartier l'obligation légale de divulgation en vertu du droit criminel, l'arrêt de la CSC dans *R. c. Mabior* n'est pas seulement en contradiction avec les preuves médicales concernant le risque de transmission du VIH, mais aussi il est très problématique du point de vue du genre.²⁰

Une récente étude canadienne auprès d'hommes et de femmes vivant avec le VIH et qui sont sexuellement actifs et s'injectent des drogues a confirmé ces préoccupations. L'étude a démontré que près de la moitié (44 %) des participants pourraient avoir une obligation légale de divulguer leur statut VIH parce qu'ils n'utilisaient pas régulièrement le condom ou n'avaient pas une charge virale faible. Remarquablement, les femmes étaient considérablement plus susceptibles que les hommes d'avoir une obligation légale de divulgation d'après une interprétation stricte de l'arrêt *Mabior* (55 % des femmes contre 35 % des hommes). Cependant, conformément aux données qui démontrent que le risque de transmission est négligeable en cas d'utilisation du condom ou d'une charge virale faible, si *l'une ou l'autre* de ces stratégies de prévention était considérée comme suffisante pour écartier la responsabilité criminelle pour non-divulgation, moins de 2 % des participants auraient l'obligation légale de divulgation de leur séropositivité.²¹

La divulgation du VIH : une démarche personnelle et complexe

Le geste de divulguer sa séropositivité au VIH est généralement une entreprise fort personnelle et complexe.²² De plus, la stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH demeurent bien réelles, dans notre société, et rendent difficile la divulgation. Des recherches sur les femmes et le VIH ont mis en relief la difficulté, pour plusieurs d'entre elles, à divulguer leur séropositivité à un homme, surtout si elles dépendent de cet homme.²³

La criminalisation du VIH : écouter les histoires des femmes

En 2005, au Québec, D.C. a été accusée pour n'avoir pas divulgué sa séropositivité au VIH à son ex-partenaire, avant leur première relation sexuelle. À compter du moment où la dame a fait sa divulgation à l'homme, le couple a duré quatre ans. La fin de la relation a été marquée de violence et D.C. a demandé la protection de la police. C'est alors que l'homme s'est plaint à la police pour la non-divulgation de D.C., de sa séropositivité, avant leur première relation sexuelle.²⁴ Il a affirmé qu'à cette occasion ils n'avaient pas utilisé de condom; elle a affirmé qu'au contraire ils en avaient utilisé un. En première instance, elle a été déclarée coupable de voies de fait graves et d'agression sexuelle, et condamnée à une peine d'assignation à résidence pour douze mois. En contrepartie, l'ex-partenaire a reçu une absolution inconditionnelle pour ses actes violents. Par ailleurs, il n'y a pas eu transmission du VIH. En 2010, D.C. a été acquittée par la Cour d'appel, au motif que sa charge virale était indétectable au moment de la relation sexuelle pertinente. Par conséquent, bien que le juge de première instance ait conclu que la relation sexuelle avait été sans condom, elle ne comportait pas un risque important de transmission du VIH donc il n'y avait pas d'obligation de divulgation, a tranché la Cour d'appel. En 2012, la CSC a confirmé la décision d'acquitter D.C., mais uniquement pour des motifs juridiques techniques concernant la manière dont le juge avait traité la preuve d'utilisation de condoms, en l'espèce. Si ce n'avait été de cet élément technique, D.C. aurait été déclarée coupable par une application stricte de l'arrêt *Mabior*.²⁵

En 2009, une femme a plaidé coupable d'agression sexuelle grave, après une seule relation sexuelle. Elle avait demandé au partenaire de porter un condom; le condom s'est déchiré pendant l'acte; la dame a alors divulgué sa séropositivité au partenaire. En dépit des faits qu'elle a pratiqué le sécurisexe, qu'elle a divulgué sa séropositivité lorsque le condom s'est déchiré, et que son partenaire n'a pas contracté le VIH, elle a été condamnée à une peine d'assignation à résidence pour une période de deux ans et à trois années de probation; de plus, son nom a été inscrit au registre des délinquants sexuels. Elle a été décrite par le juge, lors du prononcé de sa peine, comme « une femme solitaire qui craignait d'être rejetée » à cause de sa séropositivité au VIH.²⁶ Ceci pourrait expliquer, du moins en partie, pourquoi elle a choisi de ne pas divulguer sa séropositivité au VIH. En raison du procès, sa photo et l'histoire ont été publiées dans les médias.

En 2011, une jeune femme de 17 ans vivant dans la rue a été accusée pour non-divulgation de sa séropositivité avant des relations sexuelles avec deux adolescents. Le centre communautaire où elle avait trouvé refuge a contacté la police.²⁷ Son nom, sa photographie et sa séropositivité au VIH ont été publiés dans les médias, jusqu'à ce qu'une interdiction de publication soit formulée.²⁸

En 2013, une femme de 55 ans a été condamnée à dix mois de prison pour avoir craché sur des policiers. Elle avait fait appel à la police parce qu'un homme qui était ivre refusait de s'en aller de chez elle.²⁹

En 2013, une femme vivant avec le VIH a été condamnée à 39 mois de prison, en Ontario, pour n'avoir pas divulgué sa séropositivité avant une relation sexuelle sans condom.³⁰ Sa charge virale au moment de l'acte était indétectable et le risque de transmission était donc près de zéro, voire nul. La femme a également été accusée pour avoir reçu un cunnilingus, alors que sa charge virale était indétectable. Les procureurs de la Couronne ont refusé de laisser tomber les accusations même si leur propre expert a témoigné que « vous avez plus de chances qu'un piano vous tombe sur la tête que de contracter le VIH lors du sexe oral ».³¹ La femme a fini par être acquittée de l'accusation associée au sexe oral.

En mars 2016, une femme autochtone de 29 ans a été condamnée à deux ans de prison pour agression sexuelle grave. Plus de quatre ans auparavant, elle a eu des relations sexuelles à trois reprises, avec un ami. Elle ne lui a pas révélé avoir le VIH. Cette femme, qui a subi de la violence sexuelle à la fois dans sa famille et dans des relations avec ses partenaires, est à présent inscrite au registre des délinquants sexuels.³² Au moment où nous écrivions ces lignes, elle portait sa condamnation en appel.

Des études donnent à penser que le désir de faire preuve d'un comportement moralement responsable à l'égard de leurs partenaires sexuels, et de protéger la santé de ceux-ci, est souvent un élément qui motive des femmes vivant avec le VIH à divulguer leur séropositivité. Mais la crainte qu'un partenaire partage ce renseignement avec d'autres personnes et la préoccupation concernant la protection de la confidentialité de leur séropositivité au VIH dissuadent certaines femmes de divulguer celle-ci.³³ Ces préoccupations touchant la confidentialité sont particulièrement réelles dans des communautés tissées serrées, où vivent plusieurs femmes immigrantes, au Canada, et où l'expérience ou la peur des cancéres est particulièrement présente.³⁴ Ces réalités prennent une dimension particulière pour des mères qui pourraient craindre les répercussions d'une divulgation sur leurs enfants. Les mères vivant avec le VIH sont déjà surveillées de plus près par des fournisseurs de services sociaux et de santé, des amis, la famille et la communauté, et ceci peut conduire à un besoin de s'isoler afin de protéger leur vie privée et de réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH.³⁵

La divulgation du VIH n'est pas toujours un processus simple en une seule étape; de fait, la décision de divulguer et le moment de le faire peuvent différer selon le contexte et la nature de la relation sexuelle. De plus, bien des femmes en couple hétérosexuel de longue date peuvent être aux prises avec des défis sexospécifiques concernant la divulgation du VIH; p. ex., les attentes d'un partenaire de laisser de côté les pratiques sexuelles plus sécuritaires une fois que la relation devient « sérieuse », les attentes en matière de grossesse ou les hypothèses au sujet de la sexualité d'une femme peuvent varier d'une communauté à une autre.

Compte tenu de la dynamique de pouvoir sexospécifique présente dans de nombreuses relations, de la prévalence de violence contre les femmes dans notre société, de même que de la persistance de la stigmatisation liée au VIH, plusieurs femmes s'inquiètent de la réaction de leurs partenaires si elles leur révélaient qu'elles ont l'infection à VIH. La crainte de la violence et de l'abandon ou du rejet peut conduire certaines femmes à cacher leur séropositivité ou à retarder la divulgation.³⁶ Une étude réalisée auprès de communautés africaines et caraïbéennes de Toronto a observé que certaines femmes vivant avec le VIH rencontrent des problèmes avec des partenaires masculins, à la suite d'un diagnostic de VIH : des femmes « ont décrit de la maltraitance verbale, psychologique ou physique, qui a suivi leur divulgation de leur séropositivité au VIH à leur partenaire, ou qui a été aggravée par elle. »³⁷ Des données récentes de la Colombie-Britannique démontrent que les femmes dont la séropositivité au VIH a été divulguée sans leur consentement ont cinq fois plus de chances de

rencontrer de la violence liée au VIH.³⁸

De par sa nature, le droit criminel est incapable de répondre aux défis et complexités que la divulgation de la séropositivité au VIH comporte, pour les femmes. Il contribue plutôt à accroître la vulnérabilité à la maltraitance, chez les femmes vivant avec le VIH, en les exposant à des allégations injustifiées, à des enquêtes et même à des procès criminels. Des fournisseurs de services ont signalé que certaines de leurs clientes séropositives en relation sérodiscordante (c.-à-d. avec un partenaire séronégatif) ont subi du chantage et du harcèlement, venant de partenaires vindicatifs.³⁹ Des études ont également observé des taux élevés d'abstinence sexuelle liée à la stigmatisation du VIH, parmi les femmes vivant avec le VIH.⁴⁰ Des données émergentes démontrent que l'abstinence sexuelle intentionnelle est conditionnée en partie par des préoccupations concernant la criminalisation du VIH et la peur de la divulgation de celui-ci.⁴¹ En causant de l'anxiété et de la peur, et en renforçant des vulnérabilités, la criminalisation a un impact sur le bien-être des femmes – et cela va bien au-delà des poursuites judiciaires.

Le mésusage de la loi sur l'agression sexuelle

Le recours particulier au chef d'accusation d'agression sexuelle grave dans des cas de non-divulgation du VIH, est lui aussi particulièrement problématique. L'accusation d'agression sexuelle grave est généralement réservée pour le viol le plus violent, qui « blesse, mutilé ou défigure le plaignant ou met sa vie en danger »,⁴² mais des personnes vivant avec le VIH/sida ont été accusées d'agression sexuelle grave lorsque le VIH n'a pas été transmis.⁴³ Fait encore plus important, les affaires de non-divulgation du VIH sont très différentes des cas d'agression sexuelle. Dans les affaires de non-divulgation du VIH, les deux partenaires étaient consentants à l'activité sexuelle (et si ce

En novembre 2016, le Comité des Nations Unies sur l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a critiqué le Canada pour son recours préoccupant à des sanctions criminelles sévères (agression sexuelle grave) contre des femmes pour leur non-divulgation de leur séropositivité au VIH à leurs partenaires sexuels, même lorsque la transmission n'est pas intentionnelle, lorsqu'il n'y a pas eu transmission ou lorsque le risque de celle-ci était minimal; le Comité a conseillé au Canada de limiter l'application des dispositions de droit criminel à des affaires de transmission intentionnelle du VIH comme cela est recommandé dans les normes internationales en matière de santé publique.⁴⁴

n'est pas le cas, alors la non-divulgaration du VIH n'est pas l'élément central.)

La violence à l'égard des femmes en général – et l'agression sexuelle, en particulier – demeure une réalité déplorable et persistante, au Canada. Le fait d'apparenter la non-divulgaration du VIH à un crime violent comme l'agression sexuelle banalise celui-ci et détourne de leur but initial la loi sur l'agression sexuelle et les ressources qui y sont associées. La non-divulgaration de la séropositivité au VIH peut résulter d'un manque de pouvoir, plutôt que d'un exercice de pouvoir ou d'une objectivation du plaignant, ce qui rend encore plus disproportionnés et injustes le chef d'accusation d'agression sexuelle grave ainsi que l'épithète de délinquant sexuel. Apparenter la non-divulgaration du VIH à une agression, par ailleurs, renforce le stigmate associé au VIH et entraîne des conséquences pénales disproportionnées pour les femmes séropositives accusées de non-divulgaration du VIH.

La voie à suivre

Compte tenu des nombreuses préoccupations de droits humains et de santé publique associées aux poursuites concernant le VIH, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD),⁴⁵ de même que le rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit à la santé⁴⁶ et la Commission mondiale sur le VIH et le droit,⁴⁷ entre autres, ont **tous exhorté les gouvernements à limiter le recours au droit criminel uniquement aux cas de transmission intentionnelle du VIH** (c.-à-d. lorsque la personne séropositive est au courant de son statut VIH, qu'elle agit avec l'intention de transmettre le VIH et que celui-ci est bel et bien transmis). De plus, l'ONUSIDA recommande qu'aucune poursuite ne soit entreprise contre une personne qui a utilisé un condom ou qui avait une charge virale faible ou qui a donné un acte de sexe oral.⁴⁸

Au Canada, de plus en plus de préoccupations sont exprimées par des défenseurs des droits des femmes et des chercheurs de ce domaine, devant le recours actuel au droit criminel contre des personnes vivant avec le VIH.⁴⁹ Au printemps 2014, le Réseau juridique canadien VIH/sida a convoqué d'éminentes chercheuses féministes, des travailleurs de première ligne, des militants ainsi que des experts en droit, pour un dialogue sans précédent sur l'usage/mésusage des lois sur l'agression sexuelle dans des affaires de non-divulgaration. Les conclusions du dialogue ont démontré que cette approche est à la fois une application trop large du droit criminel contre les personnes vivant avec le VIH et une menace de dommages aux définitions juridiques difficilement gagnées, relativement au consentement, pour la protection de l'égalité des femmes et

de leur autonomie sexuelle. Plusieurs projets de recherche examinant l'impact de la criminalisation du VIH et de la surveillance accrue des femmes vivant avec le VIH sont par ailleurs en cours.⁵⁰

Ces efforts ont conduit à une reconnaissance historique par le gouvernement fédéral, en décembre 2016, du fait problématique du recours indûment large au droit criminel contre les personnes vivant avec le VIH, au Canada.⁵¹ Des mesures doivent à présent être prises, aux échelons provincial et fédéral, afin de faire cesser les poursuites injustes.

Recommandations pour les politiques et une réforme du droit

Les recommandations ci-dessous correspondent aux pratiques exemplaires ainsi qu'aux recommandations internationales fondées sur les données probantes :

- Le recours au droit criminel devrait être limité à des cas extrêmement rares de **transmission intentionnelle du VIH**.
- En **aucune circonstance**, le droit criminel ne devrait être utilisé contre des personnes vivant avec le VIH qui utilisent un condom ou qui ont des rapports sexuels sans condom lorsque leur charge virale est faible ou indétectable, ou qui ont du sexe oral, pour leur non-divulgaration de leur séropositivité au VIH à leur(s) partenaire(s) sexuel(s).
- L'**accusation d'agression sexuelle ne devrait pas s'appliquer** à la non-divulgaration du VIH car elle constitue un mésusage stigmatisant de cet article de loi.

En consultation avec la communauté, les gouvernements fédéral et provinciaux doivent passer aux actes afin de limiter la criminalisation du VIH et d'harmoniser le droit avec les recommandations internationales ainsi qu'avec les connaissances scientifiques et les droits humains, par les moyens suivants :

- En explorant des options possibles de **réforme législative**
- En développant des **lignes directrices adéquates pour les poursuites** à l'échelon provincial
- En explorant des **avenues de rechange** aux accusations et poursuites criminelles
- En fournissant du **soutien aux plaignants potentiels** dans des affaires de non-divulgaration du VIH
- En développant **des formations et des ressources** à l'intention de la police, des procureurs de la Couronne et

des employés de prisons, concernant le VIH

- En prenant des mesures pour **combattre la violence, le harcèlement, la stigmatisation, la discrimination et la violence entre partenaires intimes** à l'égard des femmes, y compris celles qui vivent avec le VIH.

Pour plus d'information

Le droit criminel et la non-divulgence du VIH au Canada, feuillets d'information, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2011

<http://www.aidslaw.ca/site/criminal-law-and-hiv/?lang=fr>

Les communautés autochtones et la divulgation du VIH aux partenaires sexuels : questions et réponses, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2016

<http://www.aidslaw.ca/site/indigenous-communities-and-hiv-disclosure-to-sexual-partners-questions-and-answers/?lang=fr>

La divulgation du VIH aux partenaires sexuels : questions et réponses pour les nouveaux arrivants, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2015

<http://www.aidslaw.ca/site/hiv-disclosure-to-sexual-partners-qa-for-newcomers/?lang=fr>

Femmes vivant avec le VIH et violence au sein d'une relation intime : questions et réponses, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2016

<http://www.aidslaw.ca/site/women-living-with-hiv-and-intimate-partner-violence-questions-and-answers/?lang=fr>

Pour plus d'information sur le VIH et la non-divulgence dans le contexte du droit de l'agression sexuelle, voir les ressources et publications répertoriées à <http://www.consentfilm.org/fr/ressources-and-publications/>

Nous remercions Saara Green (Université McMaster), Angela Kaida (Université Simon Fraser), Alison Symington, Molly Bannerman et Amanda Leo (Women & HIV/AIDS Initiative), de même que Kate Shannon et Andrea Krüsi (B.C. Centre for Excellence in HIV/AIDS) pour l'examen de ce feuillet d'information ainsi que leurs contributions.

References

- ¹ R. c. Mabior, 2012 CSC 47 (Cour suprême du Canada).
- ² R. c. Cuerrier, [1998] 2 RCS 371 (Cour suprême du Canada).
- ³ R. c. Mabior, 2012 CSC 47 (Cour suprême du Canada) et R. c. D.C., 2012 CSC 48 (Cour suprême du Canada).
- ⁴ Allard P. et coll., « Criminal Prosecutions for HIV Non-Disclosure: Protecting Women from Infection or Threatening Prevention Efforts? », *Women and HIV Prevention in Canada: The Past, The Present and the Future – Implications for Research, Policy and Practice* (Canadian Scholars' Press, 2013); Athena Network, *Ten reasons why criminalization of HIV exposure of transmission harms women*, 2009.
- ⁵ Voir les points de vue présentés par des défendeuses des droits des femmes dans le film documentaire *Consentement : La non-divulgation du VIH et la loi sur l'agression sexuelle* (Goldelox Productions et Réseau juridique canadien VIH/sida, 2015; en ligne à www.consentfilm.org); et Réseau juridique canadien VIH/sida, *Que signifie réellement consentir? Repenser la non-divulgation du VIH et l'agression sexuelle : un rapport de réunion*, 2014. En ligne à <http://www.consentfilm.org/fr/resources-and-publications/>.
- ⁶ M.C. Boily et coll., « Heterosexual risk of HIV-1 infection per sexual act: systematic review and metaanalysis of observational studies », *The Lancet Infectious Diseases* 9, 2 (2009): 118–129.
- ⁷ M. Loutfy et coll., « Énoncé de consensus canadien sur le VIH et sa transmission dans le contexte du droit criminel », *Journal canadien des maladies infectieuses et de la microbiologie médicale* 25,3 (2014): 135–140. En ligne à <http://www.aidslaw.ca/site/wp-content/uploads/2014/06/Published-FR-version-2014-Consensus-statement.pdf>. A.J. Rodger et coll., « Sexual activity without condoms and risk of HIV transmission in serodifferent couples when the HIV-positive partner is using suppressive antiretroviral therapy » (PARTNER study), *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 316,2 (12 juillet 2016): 171–181.
- ⁸ A.J. Rodger et coll.
- ⁹ M. Loutfy et coll.
- ¹⁰ Ibid.
- ¹¹ Ibid.
- ¹² Ibid.
- ¹³ Ce nombre, fondé sur le suivi des données qu'effectue le Réseau juridique canadien VIH/sida (en date de mars 2012), peut être une sous-estimation du nombre total d'accusations criminelles portées contre des personnes vivant avec le VIH, pour la non-divulgation de la séropositivité au VIH.
- ¹⁴ C. Logie et coll., « High reports of violence in adulthood among women living with HIV in Canada and affiliated risk factors », affiche présentée au 21e Congrès international sur le sida, juillet 2016, Durban, Afrique du Sud. Voir aussi M. Loutfy et coll., « Coercive sex as a mode of HIV acquisition among a cohort of women with HIV in Canada: an under-recognized public health concern », 6th International Workshop on HIV & Women, 21-22 février, 2016, Boston, MA (abrégé no 24).
- ¹⁵ S.E. Patterson et coll., « The impact of criminalization of HIV non-disclosure on the health care engagement of women living with HIV in Canada: a comprehensive review of the evidence », *Journal of the International AIDS Society* 18,1 (2015): 20572; E. Mykhalovskiy, « The public health implications of HIV criminalization: past, current, and future research directions », *Critical Public Health* 25,4 (2015): 373–385.
- ¹⁶ J. Smith, « Criminalization of HIV non-disclosure a bigger burden on women, advocates say », *Toronto Star*, 15 janvier 2017.
- ¹⁷ C. Kazatchkine et L. Gervais, « Canada's newest sex offenders », *Winnipeg Free Press*, 8 mars 2016.
- ¹⁸ A. Krüsi et coll. pour le SHAWNA Project, « Positive Sexuality: HIV, Gender, Power, Intimacy and the Law », présentation par affiche au 21e Congrès international sur le sida, juillet 2016, Durban, Afrique du Sud. En ligne à <http://gshi.cfenet.ubc.ca/sites/default/files/Andrea%27s%20Durban%20poster.pdf>.
- ¹⁹ S.E. Patterson et coll.
- ²⁰ A. Symington, « Injustice amplified by HIV non-disclosure ruling », *University of Toronto Law Journal* 63,3 (2013): 485–495.
- ²¹ S.E. Patterson et coll., « Prevalence and predictors of facing a legal obligation to disclose HIV serostatus to sexual partners among people living with HIV who inject drugs in a Canadian setting: a cross-sectional analysis », *CMAJ Open* 4,2 (29 avril 2016): E169–E176. En ligne à <http://cmajopen.ca/content/4/2/E169.full.pdf+html>.
- ²² Rapid Response Service. *Rapid Response #66: Disclosure of HIV-Positive Status*, Réseau ontarien de traitement du VIH, mars 2013, mis à jour en novembre 2014. En ligne à www.ohtn.on.ca/rapid-response-66-disclosure-of-hiv-positive-status-updated/.
- ²³ S.E. Patterson et coll., « The impact of criminalization »; K. Siegel et coll., « Serostatus disclosure to sexual partners by HIV-infected women before and after the advent of HAART », *Women and Health* 41,4 (2005): 63–85.
- ²⁴ B. Myles, « De bourreau à victime; de victime à criminelle », *Le Devoir*, 15 février 2008; L. Leduc, « Condamnée pour avoir caché sa séropositivité à son partenaire », *La Presse*, 15 février 2008.
- ²⁵ R. c. D.C., [2008] J.Q. no 994 (QL); R. c. D.C., 2010 QCCA 2289 (Cour d'appel du Québec); R. c. D.C., 2012 CSC 48 (Cour suprême du Canada).
- ²⁶ R. v. R. L. St. C., (20 novembre 2009), Metro North, Ontario (OCJ), p. 23.
- ²⁷ R. Elliott, « Teen's trust was broken », *Edmonton Journal*, 15 août 2011.
- ²⁸ P. Simons, « Was HIV-infected girl harmed or helped by the state? », *Calgary Herald*, 25 février 2012.
- ²⁹ C. Kazatchkine et L. Lacharpagne, « La peur du VIH, source de perpétuelles injustices », *La Presse*, 15 mars 2013.
- ³⁰ R. Vanderlinde, « Barrie woman sentenced to 39 months for secret HIV-positive sex », *Toronto Star*, 20 septembre 2013.
- ³¹ T. McLaughlin, « 'Extremely low' chance of getting HIV through oral sex: Expert », *Toronto Sun*, 10 juillet 2013.

³² C. Kazatchkine et L. Gervais.

³³ K. Siegel et coll.

³⁴ F. Gardezi et coll., « Experiences of and responses to HIV among African and Caribbean communities in Toronto, Canada », *AIDS Care* 20,6 (2008): 718–725.

³⁵ S. Greene et coll., « (M)othering with HIV: Resisting and Reconstructing Experiences of Health and Social Surveillance », dans B. Hogeveen et J. Minaker (dir.), *Criminalized Mothers, Criminalizing Motherhood* (Toronto: Demeter Press, 2015), 231–263.

³⁶ K. Siegel et coll.

³⁷ F. Gardezi et coll.

³⁸ D. Barretto et coll., « HIV Disclosure Without Consent Linked to Increased Risk of Violence Against Women Living with HIV in Metro Vancouver, British Columbia », 7th International Workshop on HIV & Women, Seattle, 11–12 février 2017.

³⁹ E. Mykhalovskiy, J.G. Betteridge et D. McLay, « HIV Non-Disclosure and the Criminal Law: Establishing Policy Options for Ontario » (25 août 2010): section 4. En ligne à <https://ssrn.com/abstract=1747844>.

⁴⁰ A. Kaida et coll., « Sexual inactivity and sexual satisfaction among women living with HIV in Canada in the context of growing social, legal and public health surveillance », *Journal of the International AIDS Society* 18, suppl. 5 (2015): 20284. En ligne à <http://jiasociety.org/index.php/jias/article/view/20284>.

⁴¹ D'après des résultats préliminaires de l'Étude sur la santé sexuelle et reproductive des femmes vivant avec le VIH (CHIWOS), 240 participantes (41 %) ont personnellement déclaré une abstinence sexuelle intentionnelle récente; 54 (23 %) ont déclaré que l'abstinence était motivée par des préoccupations concernant la criminalisation du VIH; et 84 (35 %) ont déclaré que l'abstinence était motivée par la peur de divulguer leur VIH. Ces observations préliminaires ont été présentées par Valerie Nicholson, une des paires associées de recherche de la CHIWOS, lors d'un atelier au programme de la *HIV Is Not a Crime National Training Academy*, à Huntsville (Alabama) en mai 2016. Conclusions à paraître.

⁴² Art. 273 (1) du Code criminel.

⁴³ Dans l'arrêt *R. c. Mabior*, la CSC a affirmé qu'en dépit des progrès médicaux, le VIH demeure une menace à la vie parce qu'il « demeure une maladie chronique incurable qui, lorsqu'elle n'est pas traitée, peut entraîner la mort ». Voir *R. c. Mabior*, 2012 CSC 47 au par. 92.

⁴⁴ Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, *Concluding observations on the combined eighth and ninth periodic reports of Canada*, CEDAW/C/CAN/CO/8-9, 18 novembre 2016.

⁴⁵ ONUSIDA/PNUD, *Politique générale : Criminalisation de la transmission du VIH*, août 2008. En ligne à http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc1601_policy_brief_criminalization_long_fr.pdf.

⁴⁶ Assemblée générale des Nations Unies, *Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible*, Anand Grover, Conseil des droits de l'homme, quatorzième session, point 3 de l'ordre du jour, A/HRC/14/20, 27 avril 2010. En ligne à <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G10/131/19/PDF/G1013119.pdf?OpenElement>.

doc/UNDOC/GEN/G10/131/19/PDF/G1013119.pdf?OpenElement.

⁴⁷ Commission mondiale sur le VIH et le droit (UNDP HIV/AIDS Group), *Risques, droit & santé*, juillet 2012. En ligne à www.hivlawcommission.org/index.php/report.

⁴⁸ ONUSIDA, *Ending overly broad criminalisation of HIV non-disclosure, exposure and transmission: Critical scientific, medical and legal considerations*, 2013. En ligne à www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20130530_Guidance_Ending_Criminalisation_0.pdf.

⁴⁹ Voir, p. ex., Gender and Sexual Health Initiative, panel « Current Research, Gaps & Challenges » lors de la Women, HIV and the Law Research Roundtable, 23 octobre 2015, Vancouver (C.-B.); les exposés des panélistes sont téléchargeables à <http://gshi.cfenet.ubc.ca/women-hiv-and-law-project>.

⁵⁰ Réseau juridique canadien VIH/sida, *Que signifie réellement consentir? Repenser la non-divulgation du VIH et l'agression sexuelle : un rapport de réunion*, 2014. En ligne à www.consentfilm.org/fr/resources-and-publications.

⁵¹ Ministère de la Justice du Canada, « Déclaration de la ministre Wilson-Raybould à l'occasion de la Journée mondiale du sida », communiqué de presse, Ottawa, 1 décembre 2016. En ligne à <http://nouvelles.gc.ca/web/article-fr.do?nid=1163979>.

Ce feuillet d'information présente de l'information générale. Il ne constitue pas un avis juridique.

Le document est accessible sur le site Web du Réseau juridique canadien VIH/sida, www.aidslaw.ca. Sa reproduction est encouragée, mais les copies ne peuvent être vendues; de plus, le Réseau juridique canadien VIH/sida doit être cité comme étant la source de l'information. Pour de plus amples renseignements, communiquez avec le Réseau juridique à info@aidslaw.ca.

This infosheet is also available in English.

Cette publication a été financée par l'Agence de la santé publique du Canada. Les opinions qui y sont exprimées sont celles des auteurs/chercheurs et ne correspondent pas nécessairement aux points de vue officiels de l'Agence de la santé publique du Canada.

© Réseau juridique canadien VIH/sida 2017.

Les femmes et le VIH

Ce feuillet fait partie d'une série de quatre, sur les droits humains des femmes qui vivent avec le VIH, ou qui y sont vulnérables, au Canada.

1. Les femmes incarcérées, le VIH et l'hépatite C
2. Les femmes et la criminalisation de la non-divulgence de la séropositivité au VIH
- 3. Les femmes, le travail sexuel et le VIH**
4. Les femmes et le test de sérodiagnostic du VIH

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

Les femmes, le travail sexuel et le VIH

« Où sont nos droits, nos droits de la personne? On est censé avoir le droit de parler. Même si la personne pratique la prostitution. Il me semble que c'est de son droit. Ce n'est l'affaire de personne d'autre. »

— Une Canadienne, travailleuse sexuelle

Les femmes et le travail sexuel : coup d'œil sur la situation canadienne¹

Au Canada, l'échange de services sexuels contre de l'argent ou d'autres biens est légal. Cependant, il est pratiquement impossible aux personnes qui travaillent dans le commerce sexuel de s'y adonner sans se placer en conflit avec le droit criminel, puisque des dispositions visant la prostitution, dans le Code criminel, rendent illégales les activités associées à ce travail dans presque toutes les circonstances.² Ceci menace la santé et la sécurité des travailleuses sexuelles, car la plupart des mesures qu'elles pourraient prendre pour améliorer leur sécurité contreviennent à la loi. Afin de respecter les lois ou de réduire le risque d'être arrêtées par la police (ou que leurs clients ou gérants le soient), les travailleuses sexuelles peuvent être contraintes de prendre des décisions néfastes à leur sécurité. La situation nuit par ailleurs à la capacité des travailleuses sexuelles de signaler la violence dont elles sont l'objet.

L'article 210

En vertu de l'art. 210 du Code criminel, il est illégal de « tenir » un bordel, ou « maison de débauche », d'y être présent, et d'en être sciemment propriétaire, locataire, occupant, locataire ou agent, ou d'en avoir autrement la charge ou le contrôle. « Maison de débauche » est défini à l'art. 197 comme un « local qui ... (a) est tenu ou occupé; [ou] (b) est fréquenté par une ou plusieurs personnes, à des fins de prostitution ou pour la pratique d'actes d'indécence. » Ceci inclut tout endroit

défini, public ou privé, couvert ou pas, enclos ou pas, employé en permanence ou pas, dont l'usage est ou n'est pas exclusif à une personne et n'impliquant pas nécessairement des actes de pénétration sexuelle.³ L'art. 211 du Code criminel interdit, de plus, le fait de mener ou de transporter quelqu'un à une maison de débauche.

Ces dispositions impliquent qu'une travailleuse sexuelle qui exerce son métier chez elle peut être accusée de s'être trouvée dans une maison de débauche; et s'il y a deux travailleuses sexuelles ou plus, sous un même toit, celle dont le nom apparaît sur le bail sera probablement accusée d'avoir « tenu » une maison de débauche. Ces dispositions sont aussi utilisées pour arrêter des propriétaires, gestionnaires et employés de soutien de bordel. Dans les faits, l'art. 210 empêche d'avoir des établissements où des travailleuses sexuelles pourraient amener leurs clients, y compris des lieux à l'intérieur où des travailleuses sexuelles de la rue pourraient fournir leurs services dans un endroit propre et convivial où des mesures concrètes pourraient être en place pour la sécurité. Une personne déclarée coupable d'avoir « tenu » une maison de débauche est passible d'un emprisonnement maximal de deux ans. Une personne déclarée coupable de s'être « trouvée » dans une maison de débauche, ou d'y avoir mené ou transporté quelqu'un, est passible d'une amende maximale de 2 000 \$ et/ou d'un emprisonnement maximal de six mois.

Si une personne déclarée coupable d'avoir tenu une maison de débauche n'est pas propriétaire du local, un avis peut être signifié au propriétaire ou locateur du lieu, qui doit prendre les mesures raisonnables pour résilier la location ou mettre fin au droit d'occupation de la personne déclarée coupable, sans quoi il pourrait être accusé à son tour d'avoir tenu une maison de débauche si la même personne commet une fois de plus l'infraction.

L'article 212

L'art. 212 du Code criminel interdit d'induire quelqu'un à se livrer à la prostitution (proxénétisme). Il interdit aussi de « vivre ... des produits » (c.-à-d. des revenus) de la prostitution d'une autre personne. Il rend illégal, spécifiquement, de :

- induire une personne au travail sexuel, par incitation ou exploitation (économique ou d'autre nature);
- cacher une personne dans une maison de débauche ou mener, attirer ou induire une personne à fréquenter une maison de débauche; et
- vivre en tout ou en partie des produits de la prostitution d'une autre personne.

Les tribunaux ont interprété l'article sur le fait de vivre des produits de la prostitution comme s'appliquant seulement aux relations de « parasitisme » — c.-à-d. les relations entre une travailleuse sexuelle et des personnes qu'elle n'est pas obligée, légalement ou moralement, de soutenir. Une personne peut être accusée de ce délit même en l'absence de preuve de coercition ou de contrôle à l'égard d'une travailleuse sexuelle. Par exemple, des propriétaires d'agences d'escortes ont été condamnés en vertu de cet article même lorsque la cour avait conclu à une relation de soutien entre le propriétaire et les travailleuses sexuelles. La preuve qu'une personne vit avec une travailleuse sexuelle, ou est habituellement en sa compagnie, ou vit dans une maison de débauche, est considérée comme une preuve qu'elle vit des produits de la prostitution, sauf preuve du contraire.

Les infractions liées au proxénétisme et au fait de vivre des produits de la prostitution d'autrui sont passibles d'un emprisonnement maximal de 10 ans. L'art. 212 inclut des alinéas distincts stipulant des peines minimales et maximales plus longues pour les crimes liés à la prostitution impliquant une personne de moins de 18 ans.⁴

L'article 213

L'art. 213 du Code criminel interdit aux travailleuses sexuelles et à leurs clients de communiquer dans un endroit

public à des fins de prostitution, notamment en arrêtant ou en tentant d'arrêter un véhicule à moteur, ou en gênant la circulation. « Endroit public » est défini de manière large pour inclure tout lieu auquel le public a accès ou qui est situé à la vue du public. Cette disposition donne à la police un grand pouvoir, pour arrêter les travailleuses sexuelles et leurs clients, ou menacer de le faire. Une personne déclarée coupable d'une infraction à cet article peut écopper d'une amende allant jusqu'à 2 000 \$ ou/et être emprisonnée jusqu'à six mois. Pour les travailleuses sexuelles et leurs clients qui vivent dans la pauvreté, une amende peut équivaloir à une peine d'incarcération s'ils peuvent être emprisonnés pour non-paiement.

La très grande majorité des accusations pour des délits liés à la prostitution visent des travailleuses sexuelles de la rue et leurs clients. Les travailleuses sexuelles de la rue, qui exercent leur métier dans ce milieu pour diverses raisons (y compris dans certains cas le manque de solutions de rechange en raison de facteurs comme la pauvreté, la toxicomanie, l'itinérance ou un logement inadéquat, et la maladie mentale ou physique), sont en conséquence criminalisées de manière disproportionnée. La répression policière à l'égard des travailleuses sexuelles de la rue et de leurs clients a pour effet de les repousser dans des secteurs isolés, et éloigne les travailleuses sexuelles des services de santé et de réduction des méfaits. Comme décrit ci-dessous, à cette criminalisation se rattachent aussi des taux élevés de violence à l'égard des travailleuses sexuelles de la rue.

La violence à l'égard des travailleuses sexuelles

Pour éviter d'être arrêtées, les travailleuses sexuelles exercent leur métier dans des situations qui limitent, dans bien des cas, le contrôle qu'elles peuvent avoir sur leurs conditions de travail, ce qui augmente les risques pour leur santé et leur sécurité. Par exemple, des données démontrent que la disposition du Code criminel interdisant la communication force les travailleuses sexuelles de la rue à travailler dans des circonstances où elles sont plus isolées, notamment en se déplaçant des secteurs commerciaux (où des commerces sont ouverts tard, la nuit) vers des zones industrielles, et en travaillant seules pour éviter d'attirer l'attention de la police — et elles s'en trouvent plus vulnérables à la violence. Après l'adoption de l'article interdisant la communication (en 1985), des travailleuses sexuelles de partout au pays ont signalé être forcées d'adopter des modes de fonctionnement qui impliquent de plus grands risques, et se sentir plus en

danger qu'avant l'adoption de cette loi. En particulier, il y a eu une forte augmentation de la violence contre les travailleuses sexuelles en Colombie-Britannique, y compris des meurtres; et à Montréal, des travailleuses sexuelles ont signalé qu'elles travaillent dans des secteurs plus éloignés, que le nombre de leurs clients a diminué, et qu'il y a eu augmentation de la violence.⁵

La criminalisation a institutionnalisé une relation d'adversité entre les travailleuses sexuelles et la police; cela nuit à leur capacité de signaler la violence directe à leur égard. Il s'ensuit un contexte d'impunité pour les agresseurs, qui favorise et catalyse la violence. Statistique Canada a fait état de taux élevés de violence à l'égard des travailleuses sexuelles qui pratiquent la prostitution de rue; or les taux de résolution des cas de violence à l'égard de travailleuses sexuelles sont incroyablement faibles.⁶ Pour une travailleuse sexuelle, le signalement d'une expérience de violence peut entraîner non seulement de s'incriminer soi-même, mais de dénoncer son employeur, ses collègues et ses clients et d'en subir une perte de travail et de revenu. Signaler un incident violent peut aussi entraîner d'être ultérieurement harcelée par la police et potentiellement ciblée pour une arrestation, de même que les hommes avec lesquels elle a des relations personnelles et que la police présume être ses clients.

De ce fait, des cas ont été signalés d'abus de la police à l'encontre de travailleuses sexuelles, en particulier celles qui sont autochtones ou transgenre et travaillent dans la rue — harcèlement, abus verbal, agression physique, recours à la force excessive, détention arbitraire, inconduite sexuelle, agression sexuelle, et confiscation ou destruction de possessions personnelles, y compris des instruments de réduction des méfaits et de sécurisexe (p. ex., condoms). Lorsque les rencontres avec la police ont tendance à être négatives, il est très peu probable qu'une travailleuse sexuelle s'adresse à elle pour recevoir du secours. Ces éléments de dissuasion à faire des signalements entraînent que les travailleuses sexuelles ont souvent peu de recours en cas de violence, y compris dans des contextes qui ne concernent pas le travail (p. ex., la violence domestique).

Dans l'ensemble, la criminalisation des activités liées à la prostitution, les abus commis par la police à l'égard des travailleuses sexuelles, la stigmatisation des travailleuses sexuelles et l'impression correspondante qu'elles ne sont pas des témoins dignes de foi entraînent que ces femmes ne bénéficient pas d'un accès égal à la justice, pour ce

qui concerne la protection policière et les poursuites en justice pour les crimes commis contre elles. Cet effet est particulièrement aigu dans le cas des travailleuses sexuelles autochtones et de minorités raciales, dont l'accès à la justice est déjà compromis en raison d'un racisme systémique au sein de l'appareil judiciaire. En particulier, l'héritage du colonialisme et la dépossession de nombreuses personnes autochtones, au Canada, a résulté en des conditions qui conduisent à un excès de surveillance policière et d'incarcération, à l'encontre des travailleuses sexuelles autochtones, de même qu'à une tendance de la police à ne pas se soucier de leur protection.

Faits et chiffres : les risques de VIH pour les travailleuses sexuelles

- **Au Canada, aucune donnée épidémiologique ne démontre que des cas de transmission du VIH de travailleuses sexuelles à des clients se produisent régulièrement.** De fait, des recherches portent à croire que les travailleuses sexuelles tendent à être mieux informées que la population générale, à propos des modes de transmission du VIH et des moyens de prévenir le VIH et d'autres infections transmissibles sexuellement (ITS).
- En dépit de recherches indiquant que plusieurs travailleuses sexuelles prennent des précautions pour réduire leur risque de contracter des ITS, **la stigmatisation, la discrimination et la criminalisation du travail sexuel entravent l'accès de ces femmes à des services de santé essentiels et créent des obstacles au test du VIH, à l'éducation à la santé sexuelle ainsi qu'aux traitements, aux soins et au soutien pour le VIH.** Des travailleuses sexuelles pourraient craindre que la divulgation de leur occupation à des intervenants de services sociaux et de santé entraîne leur signalement à la police ou aux services de protection de l'enfance. Ces obstacles ont un impact particulièrement sérieux sur celles qui sont aux prises avec des formes de désavantage entrecoupées, qui sont susceptibles d'avoir le plus grand besoin de services et qui rencontrent déjà des obstacles dans l'accès à ceux-ci.
- Des ordonnances de « zone interdite », imposées par la cour ou par la police lors de l'arrestation ou comme condition de probation, interdisent aux travailleuses sexuelles de fréquenter certains quartiers, en particulier des zones urbaines où elles peuvent vivre et travailler et où sont offerts de nombreux services sociaux et de santé cruciaux (p. ex., banques alimentaires, refuges, centres sans rendez-vous, cliniques de méthadone, cliniques de

Le travail sexuel et le droit

Les travailleuses sexuelles ont des droits de la personne en vertu de la Charte canadienne des droits et libertés (la Charte) ainsi que du droit international des droits humains. La reconnaissance de ces droits, par les responsables des politiques et les décideurs, est essentielle à la réalisation des droits de la personne des travailleuses sexuelles.

Au Canada, quatre droits garantis par la Charte présentent une pertinence particulière à la considération des effets que les infractions du Code criminel relatives à la prostitution entraînent sur les droits des travailleuses sexuelles :

- l'article 2(b) garantit à toute personne la liberté d'expression — l'interdiction de communiquer à des fins de prostitution (art. 213 du Code criminel) y porte atteinte;
- l'article 2(d) garantit à toute personne la liberté d'association — or les travailleuses sexuelles qui s'« associent » à des clients en public ou qui choisissent de travailler avec des consœurs pour des raisons économiques ou de sécurité se le voient interdire par les dispositions sur les maisons de débauche (art. 210), sur le proxénétisme et le fait de vivre des profits de la prostitution (art. 212) et sur la communication (art. 213) du Code criminel;
- l'article 7 garantit à toute personne le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne, qui inclut l'intégrité physique et psychologique — mais à la lumière d'éléments établissant un lien entre le droit criminel et la violence perpétrée à l'encontre de plusieurs travailleuses sexuelles, les droits de celles-ci en vertu de l'article 7 sont violés par les dispositions du Code criminel relatives à la prostitution; et
- l'article 15 garantit à toute personne l'égalité devant la loi, l'égalité de bénéfice et la protection égale de la loi — or le droit criminel cible distinctement les travailleuses sexuelles par un traitement néfaste qui exacerbe et perpétue les désavantages qu'elles subissent déjà, et son impact est ressenti de manière disproportionnée par les femmes, et autres, qui sont inclus dans les catégories de désavantages cités à l'article 15, dans les motifs énumérés ou analogues.

Trois travailleuses sexuelles, actuelles et anciennes, en Ontario, ont récemment demandé que soient déclarées invalides les dispositions du Code criminel portant sur les maisons de débauche, le fait de vivre des profits de la prostitution et la communication à des fins de prostitution. Elles ont affirmé que ces dispositions sont inconstitutionnelles parce qu'elles portent atteinte à leurs droits constitutionnels à la libre expression ainsi qu'à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne. En 2010, une cour ontarienne de première instance leur a donné raison et a conclu que les dispositions avaient pour conséquence de forcer les travailleuses sexuelles à faire un choix entre leurs droits constitutionnels à la liberté (vu la menace d'incarcération si elles sont déclarées coupables) et leur sécurité personnelle. La Cour a également conclu que la disposition interdisant la communication a l'effet d'une augmentation du risque de violence que rencontrent les travailleuses sexuelles. Par conséquent, ces dispositions ont été déclarées invalides (*Bedford v. Canada*, 2010 ONSC 4264).

En 2012, une cour d'appel ontarienne a confirmé à l'unanimité que ces trois dispositions du Code criminel ont des répercussions sérieuses et négatives sur les droits à la sécurité et à la liberté des travailleuses sexuelles, en affectant leur capacité de prendre des mesures pour faire leur travail dans des circonstances plus sécuritaires et de prendre des décisions éclairées pour se protéger de préjudices (*Canada (Attorney General) v. Bedford*, 2012 ONCA 186). La Cour a invalidé la restriction relative aux maisons de débauche et elle a altéré l'interdiction de vivre des profits de la prostitution en limitant la criminalisation aux situations où il est démontré qu'il existe des « circonstances d'exploitation » [trad.]. Toutefois, trois des cinq juges ont maintenu la disposition interdisant la communication, en concluant qu'elle a pour effet légitime de réduire la nuisance et des préjudices pour les communautés. Cette prohibition demeurant, la loi continue d'interdire le travail sexuel en lieu ouvert. Bien que la décision ne s'applique qu'à l'Ontario, l'affaire sera probablement portée en appel devant la Cour suprême du Canada.

En vertu du droit international, les gouvernements sont tenus de ne pas porter atteinte aux droits humains des individus, et ils doivent aussi assurer la protection contre des violations de droits humains par d'autres parties. À l'instar de la Charte, le droit international des droits de la personne protège la liberté d'expression, la liberté



d'association, les droits à la vie, à la liberté, à la sécurité de la personne, et à l'égalité, des travailleuses sexuelles. Mais le droit international va plus loin encore. À titre d'État partie au Pacte international relatif aux droits civils et politiques, de même qu'au Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et à la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les femmes (CEDAW), le Canada est tenu de prendre les mesures nécessaires pour assurer aux travailleuses sexuelles l'exercice des droits à :

- un travail, y compris le droit de choisir librement ce travail, et de bénéficier de conditions de travail qui soient justes, favorables, saines et sécuritaires;
- la sécurité sociale, y compris l'assurance sociale;
- la protection spéciale pour les mères, pendant une période raisonnable avant et après l'accouchement, y compris un congé payé ou un congé avec des prestations adéquates de sécurité sociale;
- un niveau de vie adéquat pour elles et leur famille; et
- la norme la plus élevée qu'il soit possible d'atteindre en matière de santé physique et mentale.

Pour ce qui concerne spécifiquement les femmes qui exercent le travail sexuel, le Canada a l'obligation de prendre les mesures suivantes :

- s'abstenir de toute action ou pratique discriminatoire à l'égard des femmes et assurer que les autorités et institutions publiques agissent en conformité à cette obligation;
- modifier ou abolir les lois, règlements, coutumes et pratiques discriminatoires à l'égard des femmes; et
- modifier les tendances sociales et culturelles de conduite des hommes et des femmes, afin d'éliminer les préjugés et les pratiques qui sont basés sur l'idée d'infériorité ou de supériorité d'un sexe ou de l'autre, ou sur des stéréotypes quant aux rôles des hommes et des femmes.

En particulier, l'article 6 de la CEDAW requiert des États qu'ils prennent « toutes les mesures appropriées, y compris des dispositions législatives, pour réprimer, sous toutes leurs formes, le trafic des femmes et l'exploitation de la prostitution des femmes. » En clarifiant cette disposition, le Comité de la CEDAW a affirmé que les travailleuses sexuelles « sont particulièrement vulnérables à la violence parce que leur statut, qui peut être illégal, tend à les marginaliser. Elles ont besoin de la protection égale des lois contre le viol et d'autres formes de violence » [trad.] (Recommandation générale 19, 1992).

Autrement dit, les travailleuses sexuelles sont vulnérables à la discrimination ainsi qu'à la marginalisation sociale et économique que peuvent rencontrer toutes les femmes, et elles rencontrent une marginalisation additionnelle qui résulte de leur situation de travailleuses sexuelles. La CEDAW ne se base pas sur une prémisse selon laquelle la prostitution devrait être éradiquée, mais plutôt sur la notion de protection contre la discrimination, y compris contre la violence, pour toutes les femmes, y compris les travailleuses sexuelles (qui rencontrent plus de préjugés et d'abus lorsqu'elles s'adressent à la police et aux tribunaux, pour des recours).

Des lignes directrices internationales sur le VIH et les droits de la personne recommandent que les lois criminelles qui exacerbent les risques pour la santé et la sécurité des travailleuses sexuelles (y compris le risque de contracter le VIH) soient abrogées. Les Directives des Nations Unies sur le VIH/sida et les droits de l'homme recommandent qu'« en ce qui concerne la prostitution des adultes n'impliquant aucune victimisation », la législation pénale doit être réexaminée en vue de décriminaliser le travail sexuel (Directive 4 (par. 29c)). De façon similaire, dans leur *Guide pratique sur le VIH/sida à l'intention des parlementaires*, l'ONUSIDA et l'Union interparlementaire, qui représentent les législateurs des quatre coins du monde, reconnaissent que les dispositions criminelles en matière de prostitution font entrave à la prévention et aux soins pour le VIH en poussant les travailleuses sexuelles dans la clandestinité, et ils recommandent que soient révisées ces lois dans une perspective de décriminalisation (p. 56–59).

santé et programmes d'échange de seringues). Puisque le fait de contrevenir à une ordonnance de zone interdite peut entraîner une réarrestation, **des travailleuses sexuelles pourraient être forcées de faire un choix entre renoncer à leur logis et à des services sociaux et de santé ou risquer l'incarcération pour bris d'ordonnance, tous deux ayant des répercussions néfastes pour leur santé et leur vulnérabilité au VIH.**

- **Lorsque la criminalisation conduit à l'incarcération de travailleuses sexuelles vivant avec le VIH, elle implique souvent une perturbation du traitement contre le VIH.** Des travailleuses sexuelles sont aussi exposées à un risque de contracter le VIH, en prison, vu les taux élevés de VIH et l'accès inadéquat à des mesures de réduction des méfaits comme les condoms et le matériel d'injection stérile.⁷
- L'interdiction de tenir une maison de débauche (article 210) pénalise les travailleuses sexuelles qui travaillent chez elles et empêche la création de lieux sûrs où elles pourraient emmener leurs clients. **L'expulsion ou sa menace constante occasionne une situation de logement précaire et instable qui accroît la vulnérabilité des travailleuses sexuelles à des abus, à la violence et à des perturbations du traitement contre le VIH. La menace de poursuites décourage aussi les employées de maisons de débauche d'offrir des condoms, d'autres mesures du sécurisexe ou des ressources sur la prévention de la violence,** par crainte que la police ne découvre leurs activités.
- L'interdiction de vivre des produits de la prostitution (article 212) criminalise les travailleuses sexuelles qui travaillent ensemble, les individus qu'elles pourraient embaucher et, dans certains cas, les partenaires volontaires de leurs relations personnelles ou professionnelles. Cette disposition **force les travailleuses sexuelles à travailler de manière isolée, les éloigne de leurs réseaux de soutien et les empêche d'adopter des mesures pour protéger leur sécurité (ce qui faciliterait la pratique du sécurisexe), comme l'embauche de gardes du corps ou de chauffeurs.**
- La pénalisation de la communication en public à des fins de prostitution (article 213) pousse les travailleuses sexuelles à conclure à la hâte leurs transactions, par crainte d'intervention policière, ce qui ne leur laisse **pas suffisamment de temps pour filtrer des clients potentiels et négocier les conditions de chaque transaction, y compris l'usage du condom.** Il est

également démontré que cette disposition **déplace des travailleuses sexuelles vers des endroits plus isolés, pour échapper à la détection policière, ce qui accroît leur vulnérabilité à la violence et réduit leur capacité de pratiquer le sécurisexe.** En raison de leur visibilité accrue, les travailleuses sexuelles de la rue sont plus susceptibles que leurs collègues qui travaillent à l'intérieur de voir leurs **condoms confisqués par la police,** qui pourrait les utiliser comme preuve d'activité criminelle.

Il est important de reconnaître que la transmission du VIH est associée aux relations sexuelles non protégées, et non à l'échange de services sexuels contre de l'argent. En étant injustement identifiées comme des vecteurs de maladie, les travailleuses sexuelles sont devenues des boucs émissaires de l'épidémie du VIH. Un corpus de données croissant démontre toutefois que la criminalisation du travail sexuel et le non-respect des droits des travailleuses sexuelles les entraînent dans des situations qui réduisent leur capacité de contrôle sur leurs conditions de travail et accroissent leur vulnérabilité à des abus et à d'autres risques pour leur santé et leur sécurité, et ce, sans les bienfaits protecteurs de normes du travail ou de la santé. Réformer les lois sur la prostitution de sorte qu'elles respectent, protègent et réalisent les droits humains des travailleuses sexuelles est essentiel à l'amélioration des conditions actuelles, afin que ces femmes puissent travailler à l'abri de la violence et d'autres risques pour leur santé et leur sécurité, y compris l'infection par le VIH.

Recommandations de politiques et réformes du droit

- La recherche démontre que la police, les procureurs et les juges ne sont souvent pas disposés à prendre au sérieux les plaintes des travailleuses sexuelles qui demandent de l'aide, et ne les considèrent pas comme des témoins crédibles. La plainte d'une travailleuse sexuelle peut aussi entraîner que son/ses gérant-e(s) soient criminalisés, plutôt que de conduire à une action en réponse à l'agression signalée. Il s'ensuit un contexte d'impunité (des agresseurs), qui rend les travailleuses sexuelles vulnérables à la violence, aux vols et à d'autres abus. **Les travailleuses sexuelles doivent avoir un accès égal à la protection de la police et à l'appareil judiciaire.**
- **Abroger les dispositions suivantes du Code criminel :** l'art. 213 qui rend illégal de communiquer

dans un lieu public à des fins de prostitution; les art. 210 et 211 relatifs aux maisons de débauche; les alinéas 212(1)(b), (c), (e) et (f) ou les dispositions sur le proxénétisme se rattachant aux maisons de débauche; l'alinéa 212(1)(j) qui interdit de vivre des produits de la prostitution d'un adulte; et l'alinéa 212(3) qui renverse le fardeau de la preuve quant au fait de vivre des produits de la prostitution d'un autre adulte. **Le Parlement devrait consulter des travailleuses sexuelles et des organismes dont le personnel, la direction ou le bassin de membres est composé de travailleuses sexuelles, actives ou anciennes**, relativement à une réforme des alinéas du Code criminel qui traitent du proxénétisme et de l'exploitation (alinéas 212(1)(a), (d), (g), (h) et (i)).

- La réforme d'autres domaines du droit et des politiques devrait mettre en application les pratiques exemplaires reconnues internationalement. **Les droits des travailleuses sexuelles devraient être protégés par les normes de travail et les lois sur la santé et la sécurité professionnelles**; les travailleuses sexuelles devraient avoir le choix d'être considérées comme des employées, plutôt que comme des travailleuses autonomes, de manière à pouvoir contribuer à et bénéficier de **prestations gouvernementales de bien-être social et de prestations industrielles; on ne devrait pas imposer aux travailleuses sexuelles ou à leurs clients des exigences de test du VIH et de certificats médicaux**; et les contrôles sur la prostitution organisée devraient être analogues aux cas d'autres entreprises légales, en termes de zonage, de conditions et frais de licence, et d'exigences sanitaires.
- **Impliquer les travailleuses sexuelles dans les travaux de réforme du droit**, afin de prendre en compte leurs perspectives sur les moyens de réduire le potentiel de préjudice. Les gouvernements fédéraux et provinciaux/territoriaux ainsi que les autorités municipales doivent s'engager à l'égard d'une participation significative des travailleuses sexuelles, dans les décisions futures en matière de droit et de politiques, y compris en octroyant des fonds pour soutenir une telle participation. En particulier, les travailleuses sexuelles doivent avoir un mot à dire dans la détermination des lois et politiques à privilégier, relativement à la prostitution et aux travailleuses sexuelles.

Note terminologique

Dans ce feuillet d'information, nous utilisons les expressions « travail sexuel » et « travailleuse sexuelle » pour concentrer l'attention sur le fait qu'il s'agit d'un travail, et pour signifier notre respect pour la dignité des personnes impliquées dans ce domaine. Cependant, nous employons aussi le terme « prostitution » pour référer à l'échange de services sexuels en personne, contre de l'argent, puisqu'il s'agit du terme utilisé dans les dispositions du Code criminel canadien dont il est sujet dans le document.

Études et rapports cités

- Benoit, C. et A. Millar, *Dispelling myths and understanding realities: working conditions, health status, and exiting experiences of sex workers*, PEERS, octobre 2001.
- Bruckert, C. et F. Chabot, *Challenges: Ottawa area sex workers speak out*, POWER, 2010.
- Doherty, T., « Criminalization and Off-Street Sex Work in Canada », *Revue canadienne de criminologie et de justice pénale* (avril 2011) : 217–245.
- Duchesne, D., « La prostitution de rue au Canada », *Juristat — Bulletin de service* 17(2), Centre canadien de la statistique juridique, 1997.
- Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur la prostitution, *Rapport et recommandations relatives à la législation, aux politiques et aux pratiques concernant les activités liées à la prostitution*, 1998.
- Lewis, J., E. Maticka-Tyndale et F. Shaver, *Safety, security and the well-being of sex workers: A report submitted to the House of Commons Subcommittee on Solicitation Laws*, Sex Trade Advocacy and Research, 2006.
- Lowman, J., « Violence and the outlaw status of (street) prostitution in Canada », *Violence Against Women* 6(9) (2000) : 987–1011.
- Namaste, V., *Invisible Lives: The Erasure of Transsexual and Transgender Communities in Canada* (Chicago : University of Chicago Press), 2000.
- Pivot Legal Society, *The impact of criminalization on the health status of sex workers*, 2004.
- Pivot Legal Society, Sex Work Subcommittee, *Voices for Dignity: A Call to End the Harms of Canada's Sex Trade Laws*, 2004.

Réseau juridique canadien VIH/sida, *Sexe, travail, droits : réformer les lois pénales du Canada sur la prostitution*, 2005.

Shannon, K. et coll., « Prevalence and structural correlates of gender based violence among a prospective cohort of female sex workers », *BMJ* 339 (7718) (2009) : 442–445.

Shannon, K. et coll., « Structural and environmental barriers to condom use negotiation with clients among female sex workers: implications for HIV-prevention strategies and policy », *American Journal of Public Health* 99(4) (2009) : 659–665.

Shaver, F. et coll., « Rising to the Challenge: Addressing the Concerns of People Working in the Sex Industry », *Revue canadienne de sociologie* 28(1) (2011) : 47–65.

van der Meulen, E., « Ten Illegal Lives, Loves, and Work: How the Criminalization of Procuring Affects Sex Workers in Canada », *Wagadu* 8 (2010) : 217–240.

Remerciements

Merci à Maggie's et Stella d'avoir révisé et commenté le présent feuillet d'information.

Références

¹ Le présent feuillet porte sur les femmes adultes, y compris les femmes transsexuelles, impliquées dans le travail sexuel, parce qu'il fait partie d'une série sur le VIH et les femmes dans divers contextes. Cependant, les travailleurs sexuels sont aussi criminalisés par les dispositions relatives à la prostitution, et sujets à la stigmatisation et à maints abus identiques à ceux subis par les femmes, ceci ayant des répercussions néfastes sur leur santé sexuelle également. Ajoutons que ce feuillet ne concerne pas la prostitution juvénile ou le trafic sexuel, au sujet desquels il existe une vaste gamme de ressources.

² Au moment de la rédaction des présentes, la Cour d'appel de l'Ontario avait invalidé la restriction visant les maisons de débauche et révisé l'interdiction de vivre des profits de la prostitution, dans *Canada (Attorney General) v. Bedford*, 2012 ONCA 186. Cette décision ne s'applique qu'en Ontario, mais l'on s'attend à ce que le jugement soit porté en appel devant la Cour suprême du Canada, qui a le pouvoir de modifier les lois sur la prostitution pour tout le pays.

³ Voir l'art. 197(1) du Code criminel; et, p. ex., *Marceau c. R.*, 2010 QCCA 1155 (Cour d'appel du Québec), dans laquelle une majorité de la Cour a conclu que les

femmes qui dansent nues dans un bar, et où les clients touchent ou caressent leurs seins et leur fessier, se livrent à une « prostitution », aux fins d'application de la disposition sur les maisons de débauche, et a condamné ces danseuses ainsi qu'un portier et un client pour avoir été trouvés dans une maison de débauche.

⁴ Bien que les organisations de travailleuses sexuelles, au Canada, soient en faveur de la décriminalisation des lois sur la prostitution, elles ne contestent pas la validité de ces alinéas.

⁵ E. N. Larsen, « The Limits of the Law: A Critical Examination of Prostitution Control in Three Canadian Cities », *Hybrid: Journal of Law and Social Change* 3(1) (1996) : 19–42; Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur la prostitution, *Rapport et recommandations relatives à la législation, aux politiques et aux pratiques concernant les activités liées à la prostitution*, décembre 1998; J. Lowman, « Violence and the Outlaw Status of (Street) Prostitution in Canada », *Violence Against Women* 6(9) (2000) : 987–1011, à 1003; et *Étude sur les violences envers les prostituées à Montréal*, Rapport de recherche soumis au ministère fédéral de la justice, juin 1994.

⁶ Duchesne, D., « La prostitution de rue au Canada », *Juristat — Bulletin de service* 17(2), Centre canadien de la statistique juridique, 1997.

⁷ Voir le feuillet d'information sur « Les femmes incarcérées, le VIH et l'hépatite C », dans le cadre de la présente série de quatre feuillets d'information sur les droits humains des femmes qui vivent avec le VIH, ou qui y sont vulnérables, au Canada.

Ce feuillet d'information contient des renseignements généraux. Il ne constitue pas un avis juridique.

Ce feuillet d'information est téléchargeable sur le site Internet du Réseau juridique canadien VIH/sida, à www.aidslaw.ca/femmes. On peut en faire des copies, à condition de ne pas les vendre, et de préciser que la source de l'information est le Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec le Réseau juridique, à info@aidslaw.ca. **This info sheet is also available in English.**

Cette publication a été financée par l'Agence de la santé publique du Canada. Les opinions exprimées dans cette publication sont celles des auteurs/chercheurs et ne reflètent pas nécessairement les points de vue officiels de l'Agence de la santé publique du Canada.

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 2012.

Les femmes et le VIH

Ce feuillet fait partie d'une série de quatre, sur les droits humains des femmes qui vivent avec le VIH, ou qui y sont vulnérables, au Canada.

1. Les femmes incarcérées, le VIH et l'hépatite C
2. Les femmes et la criminalisation de la non-divulgence de la séropositivité au VIH
3. Les femmes, le travail sexuel et le VIH
4. Les femmes et le test de sérodiagnostic du VIH

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

Les femmes et le test de sérodiagnostic du VIH

« On m'a donné un formulaire de réquisition indiquant toutes sortes de tests à passer. J'ai reconnu mon test de la thyroïde et un ou deux autres tests. Et j'ai remarqué que "VIH" était écrit, mais je n'ai pas remis ça en question ni demandé pourquoi, parce que j'ai simplement tenu pour acquis que c'était obligatoire. » [trad.]

— Témoignage d'une femme enceinte, au Canada¹

Le test de sérodiagnostic du VIH pour les femmes, au Canada

Depuis le constat initial de la capacité du VIH de se transmettre de la mère à son bébé, pendant la grossesse, le travail et l'accouchement, de même que par l'allaitement, les femmes enceintes sont considérées comme un groupe cible important du test de sérodiagnostic du VIH. Si une femme n'est pas enceinte ou en âge de procréer, cependant, il est possible qu'elle ne reçoive pas l'offre de passer un test du VIH et qu'elle n'en fasse pas la demande. Plusieurs personnes ont encore l'impression que le VIH affecte surtout les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les personnes qui font usage de drogue, et les nouveaux arrivants d'Afrique et de la Caraïbe, et considèrent que les autres femmes ne sont pas « à risque ».

Pourtant, plusieurs femmes sont vulnérables à l'infection par le VIH et ont besoin d'un accès à des services de test du VIH et de counselling de grande qualité qui répondent à leurs besoins. L'accessibilité du test du VIH peut être élargie, et elle devrait l'être, tout en assurant la protection des droits de la personne dans tous les aspects du processus de test.

Peu après le début de l'épidémie, on a reconnu que le test du VIH devrait être réalisé de façons qui tiennent compte de la stigmatisation et de la discrimination répandues à l'égard des personnes affectées par le VIH. On a compris, de plus, que le respect et la protection des droits des individus seraient essentiels à une mise en œuvre réussie de programmes de test du VIH. Un large consensus a émergé : les personnes ne devraient être testées qu'après avoir donné leur consentement éclairé, volontaire et spécifique à ce test; et le test du VIH ne devrait être effectué que si la confidentialité peut être garantie. Les politiques des ressorts canadiens ont généralement reflété ce consensus — qui a été ultérieurement baptisé « les trois C » du test du VIH : consentement, counselling et confidentialité.²

Récemment, au Canada et dans le monde, s'est effectué un virage s'éloignant du consensus sur « les trois C ».³ Des propositions de « test de routine » (c.-à-d. d'inclure le test du VIH dans les examens médicaux habituels sans demander le consentement spécifique du patient) et de « test à option de refus » (c.-à-d. de faire passer le test par défaut, à moins d'un refus explicite du patient) ont invoqué la nécessité d'une expansion des initiatives de test afin qu'un plus grand nombre de personnes séropositives soient informées de leur infection et puissent être traitées (puisque le traitement du VIH,

en plus d'améliorer la santé de la personne séropositive, prévient d'autres cas d'infection par le VIH en réduisant les risques de transmission à autrui). Les propositions de « test de routine » et « à option de refus » signalent aussi l'investissement important de ressources que nécessite la provision d'un counselling pré-test et post-test à chaque personne testée; en outre, ces propositions s'accompagnent souvent d'une affirmation selon laquelle le fait d'aborder le test du VIH différemment des autres tests ajoute peut-être au stigmata qui est associé au VIH, et dissuade possiblement des gens de passer ce test.⁴

Cependant, les modèles qui appliquent « les trois C » sont encore possiblement plus efficaces, dans la riposte à long terme au VIH, au Canada, et les considérations juridiques et éthiques font pencher la balance en faveur du maintien des exigences du consentement éclairé, du counselling approprié et de la confidentialité. Une réponse efficace contre le VIH requiert davantage qu'une simple augmentation du nombre de personnes testées. De plus, le VIH affecte de manière disproportionnée des personnes qui sont marginalisées et aux prises avec des obstacles multiples à l'accès à des services de santé. Un virage vers des mesures plus coercitives n'améliorerait pas le recours au test dans ces communautés, et risquerait de nuire aux efforts pour prévenir la propagation du VIH, en contribuant à un climat de peur et de stigmatisation.

Pour les femmes, des difficultés particulières pourraient résulter de cet écart aux « trois C ». Plusieurs femmes n'ont pas le sentiment de vraiment pouvoir refuser un test du VIH s'il est recommandé par leur médecin, même si elles préféreraient recourir au test de manière différente (p. ex., auprès d'un service de test anonyme), ni de pouvoir retarder le test jusqu'au moment où elles se sentiraient plus prêtes à en recevoir le résultat et plus aptes à gérer les risques personnels. La dynamique d'inégalité de pouvoir dans les relations entre les femmes et leurs médecins, couplée au désir de faire ce qui sert le meilleur intérêt de leurs enfants (dans le contexte de la grossesse), limite la capacité des femmes de refuser le test. Par ailleurs, plusieurs femmes ont besoin d'un certain temps pour réfléchir, avant de consentir à passer un test du VIH, ce qui n'est pas nécessairement possible dans la brève période allouée à un rendez-vous médical. De plus, si le counselling dans le contexte de la grossesse est centré sur la santé de l'enfant, et non sur les besoins et risques propres à la femme, celle-ci peut ne pas être préparée aux possibilités de conséquences

néfastes du test. Comme on l'a signalé dans un rapport, des gens « pourraient accepter d'être testés parce qu'ils ont l'habitude de ne pas contredire les demandes des professionnels de la santé, parce qu'ils pensent qu'ils recevront de meilleurs soins, parce qu'ils ne croient pas pouvoir refuser, ou parce qu'ils ont un vague sentiment que leur refus aurait des conséquences indésirables ».⁵

L'objectif de santé publique d'augmenter le recours au test ne peut pas faire fi de la nécessité de réduire les risques et vulnérabilités des femmes à des abus liés au VIH.

Bien que certaines recherches aient indiqué qu'une proportion de femmes trouvent que le test du VIH est plus accessible s'il est intégré à la batterie des tests de routine, comme le test Pap,⁶ il est important de reconnaître que plusieurs femmes sont encore aux prises avec des obstacles considérables au test, notamment plusieurs femmes autochtones, jeunes femmes, résidentes de communautés rurales, détenues, immigrantes de pays où le VIH est endémique, et femmes dont la relation de couple est marquée par la maltraitance ou la dépendance. Le test du VIH a lieu dans un contexte social qui est marqué par l'inégalité de pouvoir dans les relations et par une forte stigmatisation. L'objectif de santé publique d'augmenter le recours au test ne peut pas faire fi de la nécessité de réduire les risques et vulnérabilités des femmes à des abus liés au VIH.

Un cadre de soutien et d'habilitation est nécessaire à ce que de nombreuses femmes soient capables de prendre des décisions de manière libre et éclairée, à propos du test du VIH. Des conséquences néfastes du test du VIH, de même que des craintes quant à la divulgation de la séropositivité, sont documentées plus fréquemment chez des femmes, et les approches au test devraient voir en priorité à répondre à ces facteurs sexospécifiques.⁷ Si les gens sont testés sans y être prêts, ils pourraient en subir des résultats néfastes (p.

« Les trois C » du test du VIH : enracinés dans les principes des droits humains

- Le test du VIH ne devrait être effectué que si le patient y donne son consentement éclairé et spécifique. Cette exigence découle du droit à la sécurité de la personneⁱ — c'est-à-dire du pouvoir de contrôle sur ce qui est fait à son corps — ainsi que du droit à l'informationⁱⁱ qui fait partie intégrante du droit à la santé.
- Un counselling de bonne qualité avant le test et à l'annonce de son résultat est une application du droit à l'information et un élément essentiel pour favoriser la santé mentale de la personne testée et pour protéger la santé publique de manière plus générale en contribuant à prévenir la transmission ultérieure du VIH. Un counselling de qualité est particulièrement important dans le cas de personnes qui autrement ne pourraient pas recevoir une information appropriée au sujet du VIH.
- La confidentialité des résultats de tests médicaux, de même que du fait de demander un test ou de le passer, découle du droit à la vie privéeⁱⁱⁱ et constitue un élément central de la déontologie médicale.

ⁱ *Pacte international relatif aux droits civils et politiques*, 9999 U.N.T.S. 171, art. 9 [ICCPR]; Charte canadienne des droits et libertés, Partie I de la Loi constitutionnelle de 1982, édictée comme l'annexe B de la Loi de 1982 sur le Canada (Royaume-Uni), 1982, ch. 11, art. 7.

ⁱⁱ PIRDCP, art. 19.

ⁱⁱⁱ PIRDCP, art. 17; Charte canadienne des droits et libertés, articles 7 et 8.

ex., des effets psychologiques néfastes, une incapacité à se protéger de répercussions si d'autres personnes venaient à découvrir leur séropositivité), ou perdre leur confiance à l'égard du système de soins de santé; ainsi, leur accès à la prévention du VIH ainsi qu'aux soins et traitements serait réduit. Par ailleurs, plusieurs femmes passent le test du VIH pendant la grossesse, qui est une période où elles pourraient avoir besoin d'un soutien accru. L'importance d'un test du VIH ne se limite pas à l'information médicale qu'il fournit. L'impact dans la vie d'une personne peut être fort; le résultat du test a des implications qui ont des liens avec les relations, la fidélité, la confiance, et des rôles spécifiques comme la maternité.⁸

La stigmatisation et la peur demeurent des facteurs importants qui dissuadent certaines femmes de passer un test du VIH. Les femmes autochtones et les femmes venues de pays où le VIH est endémique peuvent être particulièrement préoccupées, à propos du test du VIH, en raison du racisme, d'un statut précaire d'immigration, de crainte des réactions de membres de leur famille ou communauté, de manque de connaissance du système de santé au Canada, d'obstacles linguistiques, de peur qu'on leur retire la garde de leur(s) enfant(s) ou le droit de le(s) voir, de méfiance à l'égard des institutions gouvernementales, de manque d'information sur le VIH, et de l'incapacité de trouver du temps pour s'occuper

de leur propre santé, à cause de leur emploi ou de leurs responsabilités familiales. Pour certaines femmes aux prises avec certains de ces défis, des modes de rechange pour passer le test du VIH, comme le test anonyme ou le dépistage rapide, pourraient être préférables.⁹

Le résultat d'un test du VIH peut aussi avoir des conséquences juridiques importantes et qui peuvent être particulièrement préoccupantes pour des femmes qui sont dans des relations où il y a dépendance ou maltraitance, ou pour celles qui se méfient des institutions gouvernementales. Tout résultat positif au test du VIH est déclaré aux autorités de la santé publique. Dans la plupart des ressorts, les lois sur la santé publique confèrent aux responsables de la santé publique le pouvoir d'informer les partenaires sexuels ou de consommation de drogue d'une personne dont le résultat au test du VIH est positif (cette procédure est appelée « notification des partenaires » ou « recherche des contacts »). Certaines interventions coercitives peuvent être mises en œuvre si ces responsables jugent que cela est nécessaire pour protéger la santé du public. Une personne séropositive peut aussi être poursuivie au criminel, au Canada, pour n'avoir pas divulgué sa séropositivité à un partenaire sexuel. Des conséquences aussi sérieuses nécessitent que les implications médicales et juridiques d'un test du VIH soient pleinement expliquées aux femmes.

Faits et chiffres :

- D'après les plus récentes données disponibles de l'Agence de la santé publique du Canada, **11 403 femmes et 224 enfants de sexe féminin (de moins de 15 ans) ont reçu un diagnostic de séropositivité au VIH, au Canada.**¹⁰ La proportion des femmes parmi l'ensemble des résultats positifs au test du VIH effectués au Canada est en hausse; elle était de 26,2 % en 2008.¹¹
- On estime que **26 % des personnes qui vivent avec le VIH, au Canada, ne sont pas informées de leur infection**, car elles n'ont pas passé le test.¹²
- Il existe **trois procédures administratives différentes pour le test du VIH**, au Canada : le *test nominatif* (le nom de la personne est associé au résultat du test et déclaré aux autorités de santé publique); le *test non nominatif* (un code unique, plutôt que le nom de la personne, est associé à l'échantillon de sang, et le médecin qui prescrit le test peut retracer à l'aide de ce code l'identité du patient); et le *test anonyme* (le nom de la personne n'est pas utilisé; le résultat du test et sa déclaration, s'il est positif, ne sont pas associés au nom de la personne testée). Cependant, le test non nominatif et le test anonyme ne sont pas universellement accessibles.
- Le test conventionnel du VIH implique l'envoi d'un échantillon de sang à un laboratoire, où des analyses seront réalisées pour y détecter la présence d'anticorps spécifiques au VIH. Le résultat est généralement disponible entre une et deux semaines plus tard. **Un test rapide peut aussi être effectué sur une goutte de sang prélevée par piqûre au bout d'un doigt. Ce dépistage rapide s'effectue au point de service et son résultat est disponible en cinq ou dix minutes.** Si un test rapide donne un résultat positif, il faut alors procéder à un test de confirmation, pour s'assurer que le résultat est correct.
- Les tests de sérodiagnostic du VIH détectent les anticorps au VIH, et non le virus proprement dit, dans le sang. Il faut un certain temps, suivant l'infection par le VIH, avant que le corps de la personne produise des anticorps anti-VIH : cette « **période fenêtre** » **peut durer jusqu'à trois mois après l'exposition, et c'est après cette période qu'un test du VIH pourra dépister les anticorps et révéler qu'il y a infection.** Pendant la « période fenêtre », le résultat du test du VIH d'une personne peut donner un résultat négatif alors que la personne a bel et bien contracté l'infection.

Certes, dans certaines situations il peut y avoir des bienfaits à ce que les professionnels de la santé incitent plus activement certains patients à passer un test du VIH, mais les droits humains de tout patient doivent être protégés et le test du VIH ne devrait pas être un « test de routine ».

- Toutes les personnes qui font une demande de résidence permanente au Canada, et certaines qui demandent la résidence temporaire, sont tenues de passer un **examen médical aux fins de l'immigration**. L'examen inclut une question où il est demandé à l'individu s'il a déjà reçu un résultat positif à un test du VIH. De plus, il **inclut un test de sérodiagnostic du VIH pour toutes les personnes de plus de 15 ans.**
- Au moins **cinq provinces canadiennes ont des lois** qui permettent que certaines personnes qui ont pu être exposées à des liquides corporels d'un autre individu, dans le cadre de leur travail (p. ex., ambulanciers paramédicaux, policiers, pompiers) ou dans d'autres circonstances prévues, puissent demander une **ordonnance légale autorisant l'imposition de tests à l'individu pour le VIH** et d'autres maladies transmissibles.

Recommandations de politiques et réformes du droit

- **Intégrer expressément « les trois C » du test du VIH — consentement éclairé, counselling pré-test et post-test, confidentialité — dans toutes les politiques relatives au test du VIH.** Bien que l'avènement de traitements ait modifié radicalement la signification d'un diagnostic de séropositivité au VIH, l'infection à VIH demeure une condition médicale sérieuse et fortement stigmatisée qui peut avoir des implications juridiques sérieuses. Certes,

dans certaines situations il peut y avoir des bienfaits à ce que les professionnels de la santé incitent plus activement certains patients à passer un test du VIH, mais les droits humains de tout patient doivent être protégés et le test du VIH ne devrait pas être un « test de routine ».

- **Rendre le test anonyme et le test rapide, pour le VIH, disponibles partout au pays.** À l'heure actuelle, ces modes d'administration du test sont disponibles à certains endroits, mais pas partout. Afin de satisfaire les besoins de la diversité des femmes, en matière de test du VIH, le test anonyme et le test rapide devraient être disponibles dans tous les provinces et territoires, tant dans les régions rurales que dans les centres urbains.
- **Réaliser des recherches sur l'expérience des femmes, en ce qui a trait au test du VIH, et sur les approches qui leur conviennent le mieux,** en situation de grossesse et dans d'autres circonstances. On devrait accorder une considération spéciale aux besoins et expériences des adolescentes et des jeunes femmes, des détenues, des femmes agressées sexuellement, des femmes qui sont dans une relation abusive, des femmes venues de pays où le VIH est endémique, des lesbiennes et femmes transgenre, des femmes autochtones et des femmes qui vivent dans de petites communautés. De telles recherches sont essentielles pour éclairer les politiques en matière de test du VIH et pour établir des pratiques efficaces et respectueuses de toute la diversité des femmes.
- **Assurer que le counselling donné aux femmes qui passent un test du VIH pendant leur grossesse s'occupe d'elles en tant que femmes, et non seulement comme des « porteuses » de bébés.** Des informations claires doivent être fournies sur la disponibilité d'autres modes d'administration du test, sur les bienfaits et les risques liés à un diagnostic positif, et sur le droit d'accepter ou de refuser de passer le test. Cela est particulièrement important dans le contexte du test rapide du VIH lorsqu'il est offert à une femme à l'étape du travail pré-accouchement et qui n'a pas passé un test du VIH dans le cadre des soins prénatals.
- **Inscrire sur les formulaires de réquisition d'analyse de laboratoire l'exigence du consentement éclairé au test du VIH,** suivant un counselling pré-test adapté aux besoins de l'individu afin de prendre une décision éclairée.

- **Assurer que tous les efforts visant à augmenter le nombre de tests du VIH soient reliés et coordonnés aux efforts pour réaliser l'accès universel à la prévention, aux soins, aux traitements et au soutien en matière de VIH.** Des références à des services (p. ex. soins de santé spécialisés, services de counselling et de soutien) devraient être fournies dans tous les cas de test du VIH, y compris les cas de test requis ou imposé. Des ressources suffisantes doivent être investies afin d'assurer la disponibilité de ces services.

Références

- ¹ L. Leonard et coll., « Pregnant women's experiences of screening for HIV in pregnancy: What they have to say about what constitutes an appropriate policy for HIV testing of pregnant women in Canada (a pilot study) », dans Santé Canada, *Perinatal HIV transmission: Study results and implications for policy and program development* (Ottawa, Santé Canada, 2001).
- ² Voir Réseau juridique canadien VIH/sida, « L'évolution de la technologie et des politiques relatives au test du VIH au Canada », *Test de sérodiagnostic du VIH, feuillet 1*. Accessible via www.aidslaw.ca/test.
- ³ Voir, p. ex., Centers for Disease Control and Prevention, « Revised Recommendations for HIV Testing of Adults, Adolescents, and Pregnant Women in Health-Care Settings », *MMWR* 2006; 55 (No. RR-14); Letter to Vancouver Coastal Health affiliated physicians, nurse practitioners and registered nurses from Dr. Reka Gustafson, Medical Officer of Health, 30 juin 2011 [en dossier auprès de l'auteur]; Organisation mondiale de la santé, *Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé*, 2007; et J. Csete et R. Elliott, « Expansion du test du VIH : les droits humains et les coûts cachés », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 2006, 11(1) : 1, 5–10.
- ⁴ Voir Réseau juridique canadien VIH/sida, « L'évolution des politiques sur le test du VIH », *Test de sérodiagnostic du VIH, feuillet 2*. Accessible via www.aidslaw.ca/test.
- ⁵ C.M. Obermeyer et M. Osborn, « The Utilization of Testing and Counseling for HIV: A Review of the Social and Behavioral Evidence », *American Journal of Public Health* 97 (2007) : 1762–1774, à 1769.
- ⁶ Voir, p. ex., J. Gahagan et coll. « Barriers to gender-equitable HIV testing: going beyond routine screening for pregnant women in Nova Scotia, Canada », *International Journal for Equity in Health*

10 (2011), <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3110558/?tool=pubmed>.

⁷ C.M. Obermeyer et M. Osborn, à la p. 1766.

⁸ Ibid.

⁹ Au sujet du dépistage rapide du VIH ainsi que du test anonyme, en général, voir Réseau juridique canadien VIH/sida, « Le test anonyme du VIH », *Test de sérodiagnostic du VIH, feuillet 5*; et « Le test rapide du VIH », *Test de sérodiagnostic du VIH, feuillet 9*. Accessible via www.aidslaw.ca/test.

¹⁰ Entre 1985 et 2009. Agence de la santé publique du Canada, *Le VIH et le sida au Canada. Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2009*. Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de la santé publique du Canada, 2010, au tableau 4C, page 22.

¹¹ Agence de la santé publique du Canada, *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*, juillet 2010, chapitre 5.

¹² Agence de la santé publique du Canada, *Sommaire : estimation de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada, 2008*. Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de la santé publique du Canada, 2009.

Ce feuillet d'information contient des renseignements généraux. Il ne constitue pas un avis juridique.

Ce feuillet d'information est téléchargeable sur le site Internet du Réseau juridique canadien VIH/sida, à www.aidslaw.ca/femmes. On peut en faire des copies, à condition de ne pas les vendre, et de préciser que la source de l'information est le Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec le Réseau juridique, à info@aidslaw.ca. ***This info sheet is also available in English.***

Cette publication a été financée par l'Agence de la santé publique du Canada. Les opinions exprimées dans cette publication sont celles des auteurs/chercheurs et ne reflètent pas nécessairement les points de vue officiels de l'Agence de la santé publique du Canada.

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 2012.