



Ministère de la Justice  
Canada

Department of Justice  
Canada

# **Réponse du système de justice pénale à la non-divulgence de la séropositivité**

1<sup>er</sup> décembre 2017

Le contenu de cette publication ou de ce produit peut être reproduit en tout ou en partie, par quelque moyen que ce soit, sous réserve que la reproduction soit effectuée uniquement à des fins personnelles ou publiques, mais non à des fins commerciales, et cela sans frais ni autre permission, à moins d'avis contraire.

On demande seulement :

de faire preuve de diligence raisonnable en assurant l'exactitude du matériel reproduit;

d'indiquer le titre complet du matériel reproduit et le nom de l'organisation qui en est l'auteur;

d'indiquer que la reproduction est une copie d'un document officiel publié par le gouvernement du Canada et que la reproduction n'a pas été faite en association avec le gouvernement du Canada ni avec l'appui de celui-ci.

La reproduction et la distribution à des fins commerciales est interdite, sauf avec la permission écrite du ministère de la Justice du Canada. Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec le ministère de la Justice du Canada à l'adresse [www.justice.gc.ca](http://www.justice.gc.ca).

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada  
représentée par la ministre de la Justice et procureur général du Canada, 2017

ISBN 978-0-660-23928-6  
N° de cat. J2-473/2017F-PDF

## TABLE DES MATIÈRES

|  |           |
|--|-----------|
| INTRODUCTION .....   | 2         |
| <b>PARTIE A : LE VIH ET LE CANADA .....</b>  | <b>3</b>  |
| 1. Données statistiques sur le VIH au Canada .....   | 4         |
| 2. Transmission du VIH par des personnes non diagnostiquées par rapport à celle par des personnes diagnostiquées .....     | 5         |
| 3. Taux de mortalité associés au VIH/sida .....  | 6         |
| 4. Taux de dépistage du VIH.....   | 6         |
| 5. L'incidence du VIH et du traitement antirétroviral.....   | 6         |
| <b>PARTIE B : RISQUES DE TRANSMISSION DU VIH ET ACTIVITÉ SEXUELLE .....</b>  | <b>9</b>  |
| <b>PARTIE C : LE DROIT PÉNAL ET LA NON-DIVULGATION DU VIH.....</b>   | <b>12</b> |
| 1. Fraude viciant le consentement dans les cas de non-divulgence de la séropositivité .....                                | 13        |
| 2. Considérations de politique publique dans la jurisprudence de la CSC .....  | 16        |
| 3. Analyse quantitative des décisions publiées sur les cas de non-divulgence de la séropositivité (1998 à avril 2017)..... | 16        |
| 4. Analyse qualitative des décisions publiées sur les cas de non-divulgence de la séropositivité (de 1998 à 2017).....     | 18        |
| <b>PARTIE D : POINTS DE VUE ET RECOMMANDATIONS DES INTERVENANTS .....</b>  | <b>19</b> |
| <b>PARTIE E : COMPARAISON DES APPROCHES INTERNATIONALES .....</b>  | <b>22</b> |
| <b>PARTIE F : RÉPONSES DU SECTEUR DE LA SANTÉ PUBLIQUE AUX CAS DE VIH .....</b>  | <b>23</b> |
| 1. Signalement des cas de VIH au Canada .....  | 24        |
| 2. Gestion des cas de VIH .....  | 24        |
| 3. Interaction entre la santé publique et les forces de l'ordre .....  | 27        |
| <b>PARTIE G : RÉPONSES DU SYSTÈME DE JUSTICE PÉNALE AUX CAS DE NON-DIVULGATION DE LA SÉROPOSITIVITÉ.....</b>               | <b>28</b> |
| 1. Nature des affaires criminelles liées au VIH.....   | 28        |
| 2. Pratiques et considérations en matière de mise en accusation .....  | 29        |
| 3. Pratiques et considérations relatives aux poursuites.....   | 30        |
| 4. Expérience des victimes .....   | 32        |
| <b>PARTIE H : RÉSUMÉ DE L'EXAMEN ET CONCLUSIONS .....</b>  | <b>33</b> |
| <b>ANNEXE 1 : Déclaration de la ministre Wilson-Raybould à l'occasion de la Journée mondiale du sida.</b>                  | <b>38</b> |
| Notes en fin de texte .....  | 40        |
| Bibliographie .....  | 51        |

## INTRODUCTION

Le 1<sup>er</sup> décembre 2016, la ministre de la Justice s'est engagée à travailler avec ses homologues provinciaux et territoriaux (PT), les collectivités touchées et les professionnels de la santé pour examiner la réponse du système de justice pénale à la non-divulgence du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) (voir l'Annexe 1). À l'appui de cet engagement, Justice Canada a étudié la question avec l'assistance de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et de ses homologues PT, et la contribution de divers intervenants. Le présent rapport est le fruit de cette étude.

Le droit pénal n'exige pas la divulgation du VIH dans tous les cas. En 2012, la Cour suprême du Canada (CSC) a statué que le droit pénal impose une obligation de révéler sa séropositivité avant une activité sexuelle lorsqu'il existe une « possibilité réaliste de transmission » au motif que, dans de tels cas, le partenaire sexuel séronégatif doit avoir la possibilité de choisir d'assumer ou non un tel risque. La « non-divulgation de la séropositivité » est l'expression utilisée dans de tels cas, c'est-à-dire les affaires criminelles dans lesquelles il y a transmission ou exposition au risque de transmission du VIH, dans le cadre d'une activité sexuelle présentant une possibilité réaliste de transmission. Puisque les cas de transmission du VIH et d'exposition au VIH peuvent soulever différentes questions sur le plan du droit et de la politique, le présent rapport fait état des cas relatifs à la transmission du VIH ou à l'exposition au VIH lorsqu'il est nécessaire de les distinguer, mais utilise par ailleurs l'expression « non-divulgation de la séropositivité » pour décrire ces deux types de cas conjointement.

Même si le VIH était initialement considéré comme une infection transmise sexuellement et par le sang (ITSS) mortelle, il est maintenant considéré comme une condition gérable, grâce aux avancées médicales importantes au niveau du traitement du VIH. Le traitement antirétroviral est fort efficace pour la plupart des patients; le maintien du traitement améliore sensiblement la qualité de vie et diminue la charge virale,<sup>1</sup> ce qui empêche le risque de transmission dans la collectivité. Cependant, le VIH continue d'avoir des répercussions importantes sur la santé des personnes qui le contractent et le traitement peut ne pas fonctionner pour certains patients et avoir d'importants effets secondaires négatifs. Le contrôle de la propagation du VIH demeure donc un impératif en matière de santé publique.

C'est pourquoi le 1<sup>er</sup> décembre 2016, la ministre de la Justice a engagé le Canada à adhérer aux cibles globales pour l'élimination du sida à titre de menace pour la santé publique d'ici à 2030, comme l'ont établi le Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et l'Organisation mondiale de la santé, notamment les cibles 90-90-90, c.-à-d., que d'ici 2020, 90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, 90 % de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement antirétroviral, et 90 % des personnes recevant un traitement antirétroviral aient une charge virale supprimée<sup>2</sup>. La Partie A examine l'état du VIH au Canada, l'efficacité du traitement antirétroviral, ainsi que les effets du VIH et de son traitement sur les patients.

La science médicale la plus récente sur la transmission du VIH, qui a évolué depuis la dernière fois que la CSC a considéré la question de la non-divulgation de la séropositivité, est fondamentale quant à la détermination de la portée du droit pénal. En 2012, la CSC a statué qu'il faut tenir compte des avancées thérapeutiques à l'égard du VIH pour établir s'il existe une « possibilité réaliste de transmission ». L'ASPC présente un résumé de son analyse approfondie de la science médicale la plus récente dans la Partie B.

L'élaboration du critère de la « possibilité réaliste de transmission » par la CSC reposait sur des considérations pertinentes en matière de politiques, notamment l'importance d'établir un juste équilibre entre, d'une part, le droit à l'autonomie, à l'égalité et à la dignité du plaignant et, d'autre part,

la nécessité de faire en sorte que la répression criminelle n'ait pas une portée excessive sur un groupe déjà vulnérable, c'est-à-dire les personnes vivant avec le VIH. La Partie C porte sur le droit pénal applicable et présente notamment les observations de la CSC sur les questions complexes en matière de politiques qui sont en jeu dans les cas de non-divulgence de la séropositivité.

De nombreux intervenants ont exprimé d'importantes préoccupations au sujet de l'approche du droit pénal élaborée par la CSC, tout particulièrement en ce qui a trait à l'application du critère juridique relatif à la « possibilité réaliste de transmission » depuis 2012, notamment le fait que cette approche donne lieu à la surcriminalisation des personnes vivant avec le VIH, lesquelles sont déjà marginalisées et vulnérables. Ces points de vue sont présentés dans la Partie D. L'application du droit pénal face à la non-divulgence de la séropositivité ayant fait l'objet de débats et de discussions considérables au niveau international, la Partie E présente un examen de certaines approches provenant d'autres juridictions aux vues similaires.

Puisque le VIH est avant tout une problématique médicale et un enjeu de santé publique, la Partie F présente un examen des réponses du secteur de la santé publique. Les réponses du système de justice pénale peuvent compléter les réponses du secteur de la santé publique, tout en cherchant à atteindre leurs propres objectifs, notamment la promotion et le maintien d'une société sûre, juste et pacifique en établissant un ensemble commun de normes minimales définissant une conduite sociale acceptable. La Partie G présente ces réponses, y compris des renseignements quant aux répercussions sur les victimes. Les Parties F et G examinent également dans quelle mesure les réponses en matière de santé publique et de justice pénale sont coordonnées.

Enfin, la Partie H présente un résumé de l'examen mené ainsi qu'un aperçu des conclusions pouvant en être tirées. Ces conclusions pourraient étayer de futures mesures qui viseraient la façon dont le système de justice pénale répond aux cas de non-divulgence de la séropositivité.

## **PARTIE A : LE VIH ET LE CANADA**

Le virus d'immunodéficience humaine (VIH) est un rétrovirus qui cause l'infection par le VIH et, au fil du temps, le syndrome d'immunodéficience acquise (sida). Le sida affaiblit progressivement le système immunitaire, rendant les personnes atteintes vulnérables aux cancers et aux infections qui mettent la vie en danger. L'infection par le VIH peut être contractée par contact direct avec le sang, le sperme, les sécrétions vaginales, le liquide pré-éjaculatoire et le lait maternel. La Société canadienne du sida considère aussi que les sécrétions rectales peuvent contenir une concentration suffisante du virus de sorte que le VIH soit transmis lors de relations sexuelle<sup>3</sup>. Le VIH est à la fois une infection transmissible sexuellement et par le sang.

Selon les estimations nationales sur le VIH publiées en décembre 2016 par l'ASPC<sup>4</sup>, 65 040 personnes (fourchette de 53 980 à 76 100) vivaient avec le VIH au Canada à la fin de l'année 2014. De ce nombre, 52 220 personnes (fourchette de 47 230 à 57 440) ou 80 % (fourchette de 73 % à 87 %) avaient été diagnostiquées, c'est-à-dire qu'elles savaient qu'elles étaient séropositives. Parmi les personnes ayant reçu un diagnostic, 39 790 personnes (fourchette de 36 470 à 43 140) ou 76 % (fourchette de 70 % à 82 %) suivaient un traitement antirétroviral et, de ce nombre, 35 350 personnes (fourchette de 32 430 à 38 260) ou 89 % (fourchette de 84 % à 93 %) avaient une charge virale supprimée (soit moins de 200 copies du VIH par ml de sang).

Les données disponibles sur l'épidémiologie du VIH au Canada résumées ci-après présentent notamment les groupes qui sont touchés de façon disproportionnée par le virus, les conséquences du VIH pour les personnes infectées et les effets du traitement antirétroviral. Ces données révèlent que, bien que le VIH puisse maintenant être maîtrisé grâce aux progrès médicaux considérables au niveau du traitement du virus, il demeure incurable et a des répercussions graves, tant physiques que psychologiques, sur les personnes touchées. Les données montrent aussi qu'un nombre croissant de Canadiens vivant avec le VIH suivent un traitement, ce qui est essentiel pour arrêter la propagation du VIH. L'amorce rapide d'un traitement médical contre le VIH et son maintien sont primordiaux pour supprimer la charge virale, un marqueur clé de la réussite du traitement, ainsi que pour prévenir les maladies associées au VIH et optimiser la santé des personnes infectées. Le maintien du traitement permet aussi d'aider à réduire le risque de transmission du VIH dans la collectivité.

## **1. Données statistiques sur le VIH au Canada**

### ***Hausse des diagnostics du VIH en 2015 par rapport à 2014***

Selon les données de surveillance de 2015 de l'ASPC<sup>5</sup>, soit les plus récentes données disponibles, 2 096 cas d'infection au VIH ont été diagnostiqués en 2015, une hausse de 2,2 % par rapport aux 2 051 cas diagnostiqués en 2014. Le nombre le plus élevé de cas a été signalé en Ontario, puis au Québec, en Colombie-Britannique et en Alberta.

### ***En 2015, l'augmentation la plus importante des diagnostics du VIH a été chez les personnes âgées de 25 à 29 ans***

En 2015, 24,1 % des personnes infectées au VIH étaient des femmes, une légère baisse comparativement à 24,3 % en 2014. Les jeunes de 15 à 24 ans représentaient 10,8 % des cas en 2015, contre 11,4 % en 2014. Les hausses les plus marquées dans la proportion de diagnostics d'infection au VIH selon le groupe d'âge ont été observées chez les 25 à 29 ans (de 11,8 % en 2014 à 15,8 % en 2015) et chez les personnes de 50 ans ou plus (de 21,9 % en 2014 à 23,9 % en 2015).

### ***En 2015, la catégorie d'exposition la plus courante était celle des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH), suivie de l'exposition par contacts hétérosexuels***

En 2015, les catégories d'exposition (aussi appelées facteurs de risque) signalées pour les adultes (15 ans et plus) diagnostiqués du VIH ont été les suivantes :

- hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) (45,1 %);
- contacts hétérosexuels (31,9 %); et,
- utilisation de drogues injectables (16,3 %).

Chez les hommes, la catégorie des HARSAH représentait 59,7 % des cas, suivie de l'exposition par contacts hétérosexuels, 21,4 %, et de l'utilisation de drogues injectables, 12,5 %. Chez les femmes, les cas où les contacts hétérosexuels étaient en cause représentaient 64,4 %, et ceux liés à l'utilisation de drogues par injection, 27,9 %.

En 2015, 45,6 % des cas signalés touchaient des personnes de « race blanche », 18,7 %, des personnes de « race noire », et 17,5 %, des « Autochtones ». Toujours en 2015, il y a eu 232 cas de nourrissons exposés au VIH durant la période périnatale et l'infection au VIH a été confirmée dans trois de ces cas.

***Les personnes provenant de pays où le VIH est endémique continuent d'être surreprésentées parmi les personnes qui vivent avec le VIH au Canada***

Selon les estimations de 2014 de l'ASPC<sup>6</sup>, un nombre estimé de 358 nouvelles infections (fourchette de 250 à 470) impliquaient des relations hétérosexuelles chez des personnes nées dans un pays où le VIH est endémique (principalement des pays d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes). Cette catégorie représentait 13,9 % des nouvelles infections au Canada en 2014, alors que les personnes nées dans des pays où le VIH est endémique représentaient environ 2,5 % du total de la population canadienne. Le taux d'incidence du VIH au sein de cette population était 6,3 fois plus élevé que le taux chez les autres Canadiens.

***Les Autochtones continuent d'être surreprésentés parmi les personnes qui vivent avec le VIH au Canada***

Selon les estimations de 2014 relatives au VIH de l'ASPC<sup>7</sup>, un nombre estimé de 278 nouvelles infections au VIH (fourchette de 200 à 360) se sont produites chez les Autochtones en 2014, ce qui correspond à 10,8 % de toutes les nouvelles infections cette même année. En revanche, les Autochtones représentent environ 4,3 % de l'ensemble de la population canadienne. L'estimation de 2014 est légèrement inférieure à celle de 2011, qui correspondait à 349 (fourchette de 250 à 450) nouvelles infections et à 12,5 % du total des nouvelles infections. Le taux d'incidence du VIH chez les Autochtones était 2,7 fois plus élevé que celui de la population canadienne non autochtone en 2014. Près de la moitié (45,3 %) de ces nouvelles infections était attribuée à l'utilisation de drogues par injection, suivie des contacts hétérosexuels (40,3 %), des HARSAH (10,4 %) et d'une combinaison de l'utilisation de drogues par injection et des HARSAH (4,0 %).

**2. Transmission du VIH par des personnes non diagnostiquées par rapport à celle par des personnes diagnostiquées**

***Selon des données américaines, la majorité des nouvelles infections en 2009 étaient imputables à des personnes diagnostiquées, mais non traitées***

Le Canada n'a pas de données nationales sur le taux de transmission du VIH imputable aux personnes diagnostiquées par rapport à celui imputable aux personnes non diagnostiquées. Toutefois, une étude américaine de 2015 a révélé que les personnes infectées mais non diagnostiquées (soit 18,1 % du total de la population infectée) étaient responsables de 30,2 % du total estimé des cas de transmission du VIH aux États-Unis en 2009, et que 61,3 % des cas de transmission étaient attribuables aux personnes diagnostiquées, mais qui ne recevaient pas de traitement médical<sup>8</sup>.

***Selon des données du Québec, les infections récentes au VIH représentaient la moitié des cas de transmission en 2007***

En 2007, des chercheurs du Québec ont publié les résultats d'une étude indiquant que les infections récentes au VIH, c.-à-d. celles se produisant moins de six mois après la formation d'anticorps anti-VIH décelables dans le sang à la suite d'une infection (c.-à-d., la séroconversion), représentaient 49 % des cas de transmission du VIH en milieu urbain<sup>9</sup>. Les infections récentes au VIH sont souvent non diagnostiquées.

### 3. Taux de mortalité associés au VIH/sida

#### ***Les décès liés au VIH connaissent une baisse constante***

Selon les plus récentes statistiques de l'état civil, il y a eu 241 décès liés au VIH au Canada en 2013. Ces données montrent une baisse constante des décès liés au VIH depuis 2009 : le nombre de ces décès s'élevait à 276 en 2012, à 306 en 2011, à 336 en 2010 et à 355 en 2009<sup>10</sup>. Toutefois, il y a plusieurs limites associées à l'utilisation des statistiques de l'état civil pour estimer le nombre de décès liés au VIH, notamment des retards au niveau des déclarations et la sous-déclaration<sup>11</sup>.

Par ailleurs, des chercheurs ont récemment constaté qu'il y avait eu d'importantes baisses quant au nombre de décès liés au VIH chez les personnes recevant un traitement antirétroviral en Colombie-Britannique entre 2001-2002 et 2011-2012 (soit de 2,34 décès par 100 personnes-années<sup>12</sup> en 2001-2002 à 0,56 par 100 personnes-années en 2011-2012<sup>13</sup>).

### 4. Taux de dépistage du VIH

#### ***Augmentation des taux de dépistage du VIH depuis 1996***

Bien qu'il n'y ait pas de taux de dépistage du VIH disponible à l'échelle nationale, le Centre d'excellence de la Colombie-Britannique a signalé une hausse générale du dépistage du VIH de 2009 à 2014 dans la province (de 3 674,3 à 5 942,7 tests par 100 000 habitants, soit une hausse de 61,7 %<sup>14</sup>). Dans d'autres provinces qui ont publié leur taux de dépistage du VIH, une hausse générale de ces taux a aussi été observée, par exemple, en Saskatchewan de 2006 à 2015 (de 42 955 à 72 659 tests, soit une hausse de 69,2 %<sup>15</sup>), en Ontario de 1996 à 2012 (de 2 520,0 à 3 230,0 tests par 100 000 habitants, soit une hausse de 28,2 %<sup>16</sup>) et au Québec de 2005 à 2014 (de 3 655,0 à 4 056,0 tests par 100 000 habitants, soit une hausse de 11,0 %<sup>17</sup>). Toutefois, la hausse au Québec était moins marquée que celles dans d'autres provinces.

### 5. L'incidence du VIH et du traitement antirétroviral

#### ***Le VIH a d'importantes répercussions sur la santé et le bien-être des personnes infectées***

Les personnes vivant avec le VIH peuvent être touchées par différentes conditions médicales se rapportant à leur infection au VIH, y compris des maladies liées au sida, les effets secondaires du traitement et des affections associées au VIH, autres que le sida. L'ASPC fait état des répercussions suivantes<sup>18</sup> :

- Lorsqu'une personne affectée ne reçoit pas un traitement antirétroviral, l'infection au VIH évoluera pour devenir le sida, qui se manifeste par la présence d'une ou de plusieurs maladies liées au sida, comme certains types de cancers (comme le lymphome ou le cancer du col de l'utérus), la tuberculose et le syndrome cachectique. Cependant, les progrès thérapeutiques ont fait en sorte que l'évolution de l'infection vers le sida est beaucoup moins fréquente au Canada lorsque les médicaments antirétroviraux sont pris adéquatement.



- En dépit des progrès réalisés par rapport au traitement antirétroviral, l'infection a encore des répercussions importantes sur l'espérance de vie, et bien qu'une baisse très marquée des décès liés au sida ait été observée depuis 1996, cette maladie entraîne encore des décès.
- Les comorbidités, c'est-à-dire la présence d'une ou plusieurs maladies en plus du VIH, peuvent poser des problèmes au niveau du traitement et de la gestion à la fois du VIH et des diverses conditions de comorbidité. Les personnes qui vivent avec le VIH et prennent des médicaments antirétroviraux présentent des taux plus élevés de certaines maladies, y compris les maladies vasculaires, le diabète, la perte osseuse et certains cancers.
- Les coïnfections par l'entremise d'autres maladies ayant une voie de transmission commune ou étant donné une susceptibilité accrue due à une réponse immunitaire plus faible peuvent également poser des problèmes de santé pour les personnes vivant avec le VIH, y compris des taux de morbidité et de mortalité plus élevés. Les coïnfections courantes au Canada comprennent la tuberculose et les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), comme l'hépatite B, l'hépatite C et la syphilis. La présence du VIH peut considérablement affaiblir la capacité du système immunitaire de se défendre contre les infections, tandis que la présence de plusieurs ITSS peut accroître la vulnérabilité ou le risque d'infection au VIH.
- Pour de nombreuses personnes vivant avec le VIH, le VIH est une invalidité épisodique, c'est-à-dire que des périodes de bonne santé sont interrompues par des périodes imprévisibles de problèmes de santé et d'invalidité. Le terme invalidité comprend les difficultés physiques et mentales, comme la douleur, la fatigue ou la perte de mémoire; les difficultés à effectuer des activités quotidiennes, comme marcher ou monter les escaliers; et les restrictions quant à la participation sociale, comme des difficultés à travailler ou à participer à des activités sociales. Certaines personnes vivant avec le VIH ont des invalidités chroniques à long terme, mais de nombreuses invalidités vont et viennent, sans suivre un profil clair aux niveaux de la durée et de la gravité. Toutefois, de nouveaux traitements contre le VIH se traduisent par des améliorations importantes en ce qui concerne la gestion des symptômes et la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH, lorsqu'une personne a accès au traitement à un stade précoce, les périodes d'invalidité peuvent être beaucoup moins courantes.
- La santé mentale peut avoir une incidence quant à la vulnérabilité d'une personne face à l'infection au VIH, et des troubles de santé mentale peuvent découler de l'infection au VIH, des effets secondaires de son traitement ou d'une combinaison des deux. L'infection au VIH peut être associée à des troubles dépressifs, neurocognitifs et psychologiques en plus du syndrome du stress post-traumatique. Le diagnostic de troubles de santé mentale chez les personnes vivant avec le VIH représente un défi constant, auquel s'ajoutent des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux complexes liés à l'infection. Les troubles de l'humeur, en particulier la dépression, sont la complication psychiatrique la plus fréquente associée au VIH. La dépression en soi est un facteur de risque de mortalité, même pour les personnes infectées qui sont sous traitement, et peut avoir une incidence sur leur capacité à suivre le traitement<sup>19</sup>.

### ***La transmission du VIH peut être empêchée par la prophylaxie postexposition***

La prophylaxie postexposition (PPE) est une intervention de prévention consistant à administrer une combinaison d'antirétroviraux dans les 72 heures suivant l'exposition, puis de manière quotidienne pour une durée de quatre semaines. La PPE peut être utilisée en cas d'exposition professionnelle, lorsqu'une personne est exposée dans le cadre de son travail à des liquides corporels susceptibles de contenir du VIH (par exemple, un travailleur en soins de santé qui se pique accidentellement sur une aiguille usagée). La PPE peut aussi être utilisée après une exposition potentielle au VIH dans d'autres situations

(non professionnelles) afin de réduire les risques d'infection, par exemple, après un rapport sexuel sans condom, un rapport sexuel pendant lequel un condom s'est déchiré, un cas de partage de seringue ou une agression sexuelle<sup>20</sup>. La PPE réduit le risque de transmission du VIH par plus de 80%<sup>21</sup>.

Certaines difficultés peuvent toutefois nuire au suivi complet des traitements de PPE qui sont offerts présentement. Parmi celles-ci, notons le fardeau de devoir prendre jusqu'à quatre comprimés par jour, devoir prendre des comprimés plus d'une fois par jour, ainsi que les coûts et la toxicité associés aux médicaments. Les effets secondaires de la PPE incluent des nausées et des vomissements, la diarrhée, des maux de tête, la fatigue et des faiblesses. Des essais cliniques menés dans différents pays ont permis d'observer une plus grande tolérance, de meilleurs taux d'achèvement de traitement et un moins grand nombre d'interactions médicamenteuses grâce à la prise d'agents antirétroviraux plus récents<sup>22</sup>.

### ***En grande partie en raison des médicaments antirétroviraux, le VIH est maintenant considéré comme une maladie chronique, mais gérable***

Des améliorations progressives et appréciables ont été observées quant à l'augmentation de l'espérance de vie et à la diminution de la mortalité chez les personnes vivant avec le VIH qui ont suivi un traitement antirétroviral (TAR), aussi désigné « traitement antirétroviral hautement actif » (TARHA) ou « traitement antirétroviral combiné » (TARc). La disponibilité et la prise accrues de médicaments antirétroviraux ont été associées à des résultats virologiques améliorés, à une pharmacorésistance réduite, ainsi qu'à des diminutions importantes quant à l'incidence de maladies définissant le sida.

### ***Différentes difficultés sont associées au traitement***

Dans le cadre d'une étude portant sur les effets du traitement antirétroviral sur la qualité de vie, les personnes vivant avec le VIH ont dit percevoir le traitement comme un compromis entre une moins bonne qualité de vie et une espérance de vie plus grande. Elles ont relevé certains problèmes comme les conséquences des effets secondaires, y compris les répercussions sur l'estime de soi, et sur la santé sociale et sexuelle, et l'incidence des toxicités médicamenteuses. D'autres facteurs négatifs comprenaient les tensions avec les travailleurs de la santé, la perte de prise de décisions indépendantes, la dissuasion à retourner au travail, le fardeau de prendre des médicaments, et le stress lié au fait de cacher leur état séropositif.

### ***Le traitement antirétroviral est offert publiquement au Canada par l'entremise des systèmes de santé provinciaux et territoriaux***

La plupart des personnes vivant avec le VIH accèdent au traitement, aux soins et au soutien disponibles. Toutefois, ce ne sont pas toutes les personnes vivant avec le VIH au Canada qui peuvent avoir ou ont accès au traitement recommandé. Les personnes doivent tenir compte d'un certain nombre de considérations importantes lorsque vient le temps de décider du moment opportun pour commencer le traitement. Une fois le traitement commencé, les patients sont avisés de le suivre pour le reste de leur vie. Différents obstacles personnels et sociaux peuvent avoir une incidence sur la capacité et la volonté des personnes vivant avec le VIH de suivre le traitement recommandé par un médecin.

### ***Divers facteurs ont une incidence sur le succès du traitement***

Les personnes vivant avec le VIH doivent prendre leurs médicaments quotidiennement; une interruption au niveau du traitement peut nuire à son efficacité, faire augmenter la charge virale et risquer d'entraîner une pharmacorésistance. De plus, les patients peuvent répondre différemment aux divers régimes thérapeutiques et le fait de retarder la prise de médicaments a une incidence sur la mortalité. On associe l'insécurité alimentaire, caractérisée par un accès limité ou instable à des aliments adéquats sur le plan nutritif, à des interruptions de traitement, de faibles résultats liés au traitement et des décès liés au VIH.

### ***Les régimes thérapeutiques peuvent causer des effets secondaires***

Les effets secondaires du traitement peuvent nuire à la santé et à la qualité de vie des personnes atteintes. Il peut être difficile de déterminer si les problèmes de santé et les symptômes dont souffrent les personnes vivant avec le VIH sont causés par les médicaments contre le VIH ou par le virus lui-même. Dans de nombreux cas, ces problèmes de santé peuvent être à la fois le résultat des effets secondaires du traitement et de l'infection au VIH. Les effets secondaires du traitement contre le VIH varient selon les patients et les régimes thérapeutiques antirétroviraux. Alors que certains patients ont de graves effets secondaires découlant du traitement, d'autres n'en ont que de légers, voire aucun. Parmi les effets secondaires signalés, notons la perte d'appétit, des nausées et vomissements, des problèmes digestifs, par exemple la diarrhée et des flatulences, la redistribution des tissus adipeux, des problèmes cardiovasculaires, y compris les accidents vasculaires cérébraux et les crises cardiaques, la résistance à l'insuline et le diabète, des problèmes osseux, y compris la perte de tissus osseux, des problèmes de foie, des pancréatites, des problèmes de peau, des douleurs musculaires et articulaires, une faiblesse musculaire, des maux de tête, et des troubles de santé mentale, comme la dépression et l'anxiété. Malgré tout, le traitement a beaucoup amélioré la vie des personnes vivant avec le VIH en dépit des répercussions négatives liées aux effets secondaires chez certaines d'entre elles.

### ***Le dépistage et le diagnostic tardifs du VIH donnent lieu à des périodes plus longues de transmission à l'insu des personnes infectées et sont associés à des taux de morbidité et de mortalité plus élevés***

Dans les premiers stades de l'infection, le risque de transmission est accru puisque la personne nouvellement infectée a une charge virale plus élevée pendant cette période. Ces personnes sont plus susceptibles de ne pas avoir été diagnostiquées et de continuer d'avoir des comportements à risque, alors que celles qui connaissent leur séropositivité sont plus susceptibles de prendre des mesures actives pour prévenir la transmission du virus. De plus, le dépistage et le traitement précoces du VIH contribuent à l'amélioration des résultats en matière de santé pour les personnes infectées.

## **PARTIE B : RISQUES DE TRANSMISSION DU VIH ET ACTIVITÉ SEXUELLE**

L'ASPC a effectué une synthèse exhaustive de la science médicale actuellement disponible portant sur la transmission du VIH<sup>23</sup>, afin d'établir le risque de transmission sexuelle entre partenaires sérodiscordants (c.-à-d. entre une personne séropositive et une personne séronégative) lorsqu'existe un ou plusieurs des facteurs suivants : traitement du VIH (c.-à-d. traitement antirétroviral), une charge virale supprimée du VIH dans le sang (en raison d'un traitement efficace) et/ou utilisation du condom masculin.

Afin qu'il puisse y avoir transmission du VIH par voie sexuelle, il doit y avoir: (1) une source d'infection; (2) une voie de transmission; (3) un hôte sensible à l'infection; (4) une voie de pénétration adéquate jusqu'aux cellules que cible le VIH; et (5) une quantité suffisante de virus transmis pour causer l'infection<sup>24</sup>. La Société canadienne du sida (SCS) utilise deux facteurs pour classer le niveau de risque de transmission associé à une activité : (1) le potentiel de transmission sur le fondement des cinq conditions susmentionnées; et (2) les preuves connues de transmission en raison de l'activité en question. Voici quels sont les critères utilisés pour classer les risques :

- **aucun risque** (pas de potentiel de transmission du VIH; aucune preuve de transmission);
- **risque négligeable** (potentiel de transmission du VIH mais efficacité grandement diminuée; aucune preuve de transmission);
- **risque faible** (potentiel de transmission; quelques preuves de transmission dans certaines conditions précises); et,
- **risque élevé** (potentiel de transmission; activités associées à maintes reprises à des cas de transmissions dans des études scientifiques<sup>25</sup>).

Voici les conclusions qui peuvent être tirées de la synthèse de 2017 préparée par l'ASPC :

***Une activité sexuelle avec une personne séropositive présente un risque négligeable lorsque la personne prend un traitement antirétroviral selon l'ordonnance et maintient une charge virale supprimée selon des tests consécutifs réalisés à tous les quatre à six mois***

Dans les cas d'activité sexuelle entre partenaires sérodiscordants, le risque de transmission est **négligeable** lorsque :

- Le partenaire vivant avec le VIH suit son traitement de façon constante, et a une charge virale inférieure à 200 copies par ml de sang (c.-à-d. une charge virale supprimée), selon des tests consécutifs réalisés à tous les quatre à six mois.
  - Cela reste vrai qu'il y ait eu ou non utilisation d'un condom et quelle que soit l'activité sexuelle en cause;
  - Selon des études, il n'y a eu aucune transmission dans de telles conditions; cependant, un risque statistique de transmission se situant entre 0,00 et 0,28 transmissions par 100 personnes-années<sup>26</sup> ne pourrait être écarté.

***Une activité sexuelle avec une personne séropositive présente un faible risque de transmission lorsque la personne suit un traitement antirétroviral, mais n'a pas une charge virale supprimée***

Dans les cas d'activité sexuelle entre partenaires sérodiscordants, le risque de transmission est **faible** lorsque :

- Le partenaire vivant avec le VIH suit son traitement, mais n'a pas une charge virale supprimée inférieure à 200 copies par ml de sang, selon des tests consécutifs réalisés à intervalles de quatre à six mois.
  - Cela reste vrai quelle que soit l'activité sexuelle en cause;
  - On estime que le risque absolu se situe entre 0,14 et 0,33 transmissions par 100 personnes-années<sup>27</sup>;
  - Ajouter l'utilisation d'un condom dans un tel scénario donnera vraisemblablement lieu à une protection additionnelle contre la transmission du VIH, mais le risque serait toujours considéré comme faible;
  - Il n'existe pas suffisamment de données probantes pour faire une estimation du risque de transmission du VIH dans le cas de relations sexuelles orales lorsqu'il y a utilisation d'un condom et que la personne prend un traitement antirétroviral (avec une charge virale variable).

***Une activité sexuelle avec une personne séropositive présente un faible risque de transmission lorsque la personne ne suit pas un traitement antirétroviral, mais qu'il y a eu utilisation d'un condom***

Dans les cas d'activité sexuelle entre partenaires sérodiscordants, le risque de transmission est **faible** lorsque :

- Le partenaire vivant avec le VIH ne suit pas de traitement, mais il y a toujours utilisation de condoms pendant les activités sexuelles.

- On estime que le risque absolu se situe entre 0,56 et 2,04 transmissions par 100 personnes-années<sup>28</sup>.

Le *Center for Disease Control and Prevention* des États-Unis estime le risque associé aux relations sexuelles orales comme suit:

***Les relations sexuelles orales avec une personne séropositive présentent un faible risque de transmission***

Le risque associé aux relations sexuelles orales (sans utilisation d'un condom et sans traitement antirétroviral) est faible, mais non nul (approximativement de 0 à 4 transmissions par 10 000 expositions<sup>29</sup>).

- Bien que de nombreuses études n'aient pas constaté de cas de transmission à la suite de relations sexuelles orales, il y a eu confirmation de cas de transmission dans d'autres études.<sup>30</sup>
- Les risques associés aux relations sexuelles orales sont plus élevés si la personne séropositive reçoit les relations sexuelles orales, et s'il y a éjaculation. Lorsque les tissus dans la bouche de la personne séropositive sont endommagés (par ex., coupures et plaies ouvertes, ou soins dentaires récents), le risque de transmission augmente également.<sup>31</sup>

**Importants facteurs à prendre en considération :**

- Un risque négligeable ne signifie pas un risque nul; sur le fondement des données scientifiques, il est impossible d'écarter une possibilité théorique de transmission.
- Dans les études examinées, la plupart des participants suivant un traitement antirétroviral prenaient leurs médicaments de façon très constante, et se soumettaient régulièrement à des tests quant à leur charge virale, ce qui a permis à un grand nombre d'entre eux d'obtenir et de maintenir une charge virale très faible. Le fait de prendre des médicaments antirétroviraux de façon constante est extrêmement important pour obtenir et maintenir une charge virale inférieure à 200 copies par ml de sang.
- Lorsque des tests consécutifs de la charge virale, effectués tous les quatre à six mois, révèlent la présence de moins de 200 copies par ml de sang, cela signifie probablement que la suppression de la charge virale est maintenue. Cependant, il n'est pas possible de connaître la charge virale sur une base continue. Il est donc important pour les fournisseurs de soins de santé et les personnes vivant avec le VIH de comprendre les facteurs susceptibles de faire passer la charge virale à un niveau supérieur à 200 copies par ml de sang (qualifié d'échec virologique), notamment le fait de ne pas prendre les médicaments de façon constante ou correctement, d'être atteint d'un virus pharmacorésistant, de consommer de l'alcool et/ou des drogues de façon abusive, ainsi que l'historique quant aux médicaments contre le HIV pris dans le passé (par ex., le type de médicaments antirétroviraux pris antérieurement, et le fait que des traitements antérieurs aient ou non permis de réduire la charge virale).<sup>32</sup>
- Les condoms de latex créent une barrière physique imperméable pour le VIH et d'autres infections transmises sexuellement (ITS)<sup>33</sup>; toutefois, il existe tout de même un risque de transmission du VIH car il peut y avoir un bris, un glissement, une fuite ou autre utilisation incorrecte du condom; il est impossible de savoir avant l'activité sexuelle en question si l'utilisation du condom sera parfaite ou correcte ou si une défaillance surviendra.

- Il est difficile d'établir les risques associés aux relations sexuelles orales dans certains scénarios de relations sexuelles protégées (par ex., lorsque la personne suit un traitement antirétroviral et/ou qu'il a utilisation de condoms). Cependant, ceux-ci ne devraient pas être plus élevés que les risques liés à d'autres actes.
- Les relations sexuelles constituent le principal mode de transmission du VIH au Canada<sup>34</sup>; toutefois, le risque de transmission pour un seul acte (même sans utilisation d'un condom ou sans traitement antirétroviral) est souvent inférieur à ce que l'on pense. Dans le cadre de sa synthèse des données probantes, l'ASPC n'a pas examiné les risques associés aux relations sexuelles non protégées; cependant, d'autres groupes ont fait une estimation de risque pour divers actes non protégés. Selon des estimations modélisées, la fourchette de risques se situe entre 4 et 138 transmissions par 10 000 actes sexuels, selon l'acte en question (voir le tableau 1 ci-après), ce qui laisse entendre que le VIH est transmis relativement inefficacement par voie sexuelle. Toutefois, ces risques minimes pour des actes individuels sont cumulatifs, de sorte que le risque augmente avec le nombre d'actes auxquels une personne se livre.

Tableau 1. Risque de transmission du VIH, associé à chaque acte sexuel non protégé (c.-à-d. sans utilisation d'un condom ou sans traitement antirétroviral)

| Activité sexuelle                     | Nombre de transmission du VIH par 10 000 actes (intervalle de confiance à 95 % **) |
|---------------------------------------|--|
| Relation sexuelle anale réceptive     | 138 (102-186)  |
| Relation sexuelle anale pénétrante    | 11 (4-28)  |
| Relation sexuelle vaginale réceptive  | 8 (6-11)   |
| Relation sexuelle vaginale pénétrante | 4 (1-14)   |
| Pratiquer une fellation               | Faible, mais pas nul (0-4)   |
| Recevoir une fellation                | Faible, mais pas nul (0-4)   |

- Adapté de : Patel P, Borkowf CB, Brooks JT, Lasry A, Lansky A, Mermin J. Estimating per-act HIV transmission risk : A systematic review. AIDS. 2014; 28(10):1509-1519.
- \*\* L'intervalle de confiance à 95 % indique l'intervalle à l'intérieur duquel les résultats devraient se situer 19 fois sur 20, si une étude était réalisée à maintes reprises.

## PARTIE C : LE DROIT PÉNAL ET LA NON-DIVULGATION DU VIH

Le présent rapport porte sur la réponse du système de droit pénal dans les affaires de non-divulgence de la séropositivité. D'autres affaires liées au VIH, notamment des cas d'activités sexuelles forcées où la transmission du VIH ou l'exposition au VIH constitue un facteur aggravant aux fins de la détermination de la peine, de même que des cas où le fait de cracher, de piquer avec une aiguille ou d'autres types d'agressions sont aggravés par la transmission ou le risque de transmission du VIH ont aussi été examinées. Toutefois, ces types de cas soulèvent des questions différentes sur le plan du droit et des politiques, puisque le comportement déclencheur (par ex., activité sexuelle forcée, cracher, piquer avec une aiguille, etc.) constitue en soi une agression ou voie de fait.

Dans les cas de non-divulgence de la séropositivité, le droit criminel s'applique lorsqu'une personne, sachant qu'elle est séropositive et infectieuse, transmet le VIH, ou expose une personne à une possibilité réaliste de transmission du VIH, sans avoir donné à son partenaire sexuel la possibilité de

décider d'assumer ce risque. Au Canada, selon les faits en question, un éventail d'infractions prévues au *Code criminel* ont été appliquées dans les affaires de non-divulgence de la séropositivité, notamment le fait de causer des lésions corporelles par négligence criminelle (article 221) et l'infraction de nuisance publique (article 180)<sup>35</sup>. Les tribunaux ont également conclu que le consentement du plaignant à l'activité sexuelle peut être vicié en raison de fraude si l'accusé a fait une fausse déclaration ou a omis de divulguer sa séropositivité. Dans de telles circonstances, des infractions de voies de fait (articles 266 à 268) ou d'agression sexuelle (articles 271 à 273) ont été appliquées; la plupart des cas de non-divulgence de la séropositivité ont donné lieu à des accusations de voie de fait grave ou d'agression sexuelle grave, compte tenu des graves conséquences sur la santé que présente le VIH/sida. Ces infractions peuvent aussi s'appliquer dans des cas visant d'autres infections transmissibles sexuellement (ITS); cependant, la plupart des cas d'ITS portés à l'attention des responsables de l'application de loi concernent le VIH. Le *Code criminel* ne prévoit pas d'infraction relative au VIH ou à toute autre maladies infectieuses.

La Cour suprême du Canada (CSC) a examiné à quatre reprises la question de la non-divulgence de la séropositivité : c.-à-d. en 1998 (*Cuerrier*), en 2003 (*Williams*) et en 2012 (*Mabior* et *D.C.*, des jugements complémentaires qui ont été rendus en même temps). L'arrêt *Cuerrier* établit le critère visant à déterminer les circonstances dans lesquelles la fraude vicie le consentement pour l'application des infractions de voies de fait et d'agression sexuelle dans les cas de non-divulgence de la séropositivité. L'arrêt *Mabior* peaufine ce critère et l'arrêt *Williams* établit les circonstances dans lesquelles une personne peut être déclarée coupable de tentative de voies de fait graves ou d'agression sexuelle grave dans les cas de non-divulgence de la séropositivité. Les arrêts *Cuerrier* et *Mabior* examinent également d'importantes considérations en matière de politiques qui donnent des indications sur la portée du droit dans ce contexte telle qu'envisagée par la CSC.

La présente partie porte sur le droit régissant les circonstances dans lesquelles la fraude vicie le consentement à une activité sexuelle dans les cas de non-divulgence de la séropositivité selon la jurisprudence pertinente de la CSC et la jurisprudence ayant interprété *Mabior*. Elle comporte aussi un examen des considérations en matière de politiques dont la CSC a tenu compte dans l'élaboration du droit dans ce contexte, ainsi qu'une analyse à la fois quantitative et qualitative de la jurisprudence publiée sur la non-divulgence de la séropositivité à partir de 1998, lorsque l'arrêt *Cuerrier* de la CSC a été rendu, jusqu'en avril 2017.

## **1. Fraude viciant le consentement dans les cas de non-divulgence de la séropositivité**

L'arrêt *Mabior* de la CSC établit que les personnes vivant avec le VIH ont l'obligation de révéler leur séropositivité avant d'entreprendre une activité sexuelle lorsqu'il existe une « possibilité réaliste de transmission ». Ce critère juridique détermine dans quelles circonstances la non-divulgence de la séropositivité ou une fausse déclaration quant à la séropositivité (c.-à-d. une fraude) vicie le consentement à l'activité sexuelle. Autrement dit, le critère juridique détermine dans quelles circonstances le droit ne reconnaît pas le consentement de la personne séronégative à une activité sexuelle avec une personne vivant avec le VIH n'ayant pas divulgué sa séropositivité. La CSC a également conclu que les futures avancées thérapeutiques devraient être prises en considération dans l'application de ce critère. Bien que les tribunaux soient parvenus à des conclusions différentes quant aux circonstances dans lesquelles il peut être satisfait à ce critère depuis l'arrêt *Mabior*, la science médicale la plus récente sur la transmission du VIH, résumée dans la Partie B du présent rapport, est pertinente quant à cette détermination. Ces considérations sont notamment examinées ci-après.

***Le droit pénal impose une obligation de révéler sa séropositivité avant d'entreprendre une activité sexuelle lorsqu'il existe une « possibilité réaliste de transmission » du VIH***

Dans les arrêts *Cuerrier* (1998) et *Mabior* (2012), la CSC a établi que le consentement à une activité sexuelle est vicié par la fraude en vertu de l'alinéa 265(3)c)<sup>36</sup> du *Code criminel* pour l'application des infractions de voies de fait et d'agression sexuelle dans les circonstances suivantes :

- l'accusé n'a pas révélé sa séropositivité ou a fait une déclaration trompeuse à ce sujet;
- l'activité sexuelle en question entraîne ou présente un important risque de lésions corporelles graves; et,
- le plaignant n'aurait pas consenti à l'activité sexuelle s'il avait été informé de la séropositivité de l'accusé<sup>37</sup>.

Lorsque la transmission du VIH se produit dans de telles circonstances, l'existence de lésions corporelles graves est établie<sup>38</sup> et le consentement à l'activité sexuelle ayant donné lieu à la transmission est vicié.

Lorsqu'il n'y a pas eu transmission du VIH dans de telles circonstances, le risque important de lésions corporelles est établi par une « possibilité réaliste de transmission » du VIH<sup>39</sup>. Si une possibilité réaliste de transmission est établie, le consentement à l'activité sexuelle ayant donné lieu à l'exposition au risque est vicié.

L'accusé doit savoir à la fois qu'il est séropositif et qu'il risque de transmettre le VIH à d'autres. La preuve que l'accusé a été conseillé par un médecin au sujet de ce risque est habituellement suffisante pour établir sa connaissance de l'infectiosité.

Le droit établit donc clairement que, pour se soustraire à la responsabilité pénale, une personne atteinte du VIH est tenue de révéler sa séropositivité avant de se livrer à une activité sexuelle qui présente une possibilité réaliste de transmission du VIH.

***La « possibilité réaliste de transmission » est écartée lorsque la charge virale de l'accusé est faible et que le condom est utilisé***

Sur le fondement de la preuve médicale qui lui avait été présentée en 2012 dans *Mabior*, la CSC a conclu qu'une possibilité réaliste de transmission est écartée par la preuve que l'accusé avait une charge virale faible ou indétectable au moment de l'activité sexuelle en question et qu'il y avait eu utilisation d'un condom, ce qui est une question de faits. Suivant cette conclusion, la Cour a aussi conclu que la preuve de non-divulgaration de la séropositivité et de non-utilisation d'un condom établit *prima facie* la preuve à charge du procureur. L'accusé peut ensuite avoir « l'obligation tactique<sup>40</sup> » de soulever un doute raisonnable quant à la question de savoir s'il a été satisfait au critère relatif à la possibilité réaliste de transmission, par ex., en faisant témoigner des experts quant au degré de risque posé par l'activité sexuelle en question.

La CSC a aussi explicitement reconnu que les avancées thérapeutiques pourraient restreindre les circonstances dans lesquelles il existe une obligation de révéler la séropositivité. L'énoncé général selon lequel une charge virale faible combinée à l'utilisation d'un condom ne déclenche pas l'obligation de divulguer son statut n'empêche pas la common law de s'adapter aux futures avancées thérapeutiques et aux circonstances où des facteurs de risque différents de ceux examinés par la CSC sont en cause<sup>41</sup>.

***Les tribunaux arrivent à des conclusions différentes quant à la preuve d'une possibilité réaliste de transmission***

Dans l'arrêt *Felix* qu'elle a rendu en 2013, la Cour d'appel de l'Ontario a maintenu la déclaration de culpabilité prononcée contre l'accusé relativement à une agression sexuelle grave dans un cas d'exposition au VIH dans des circonstances où l'accusé n'avait pas utilisé de condom et où il n'y avait pas



eu présentation d'une preuve du risque de transmission ou de la charge virale. La Cour a statué que la charge virale exacte de l'accusé et le degré de risque posé par la charge virale n'étaient pas pertinents dans les circonstances, puisque la preuve de relations sexuelles non protégées et de l'omission de révéler la séropositivité avait été faite<sup>42</sup>. Dans la décision *Murphy* qu'elle a rendue en 2013, la Cour supérieure de justice de l'Ontario, appliquant l'arrêt *Felix*, a déclaré une accusée coupable d'agression sexuelle grave, dans un cas d'exposition au VIH, dans des circonstances où l'accusée s'était livrée à un acte sexuel non protégé et où la preuve médicale présentée au procès indiquait que la charge virale était extrêmement faible, c.-à-d. moins de 50 copies par ml de sang, étant donné que celle-ci prenait des médicaments antirétroviraux depuis les dix dernières années<sup>43</sup>. Dans ces circonstances, le tribunal a conclu qu'il avait été satisfait au critère relatif à la possibilité réaliste de transmission parce la relation sexuelle non protégée et l'omission de révéler la séropositivité avaient été établies.

Par contre, en Nouvelle-Écosse, des tribunaux ont conclu qu'il n'avait pas été satisfait au critère relatif à la possibilité réaliste de transmission dans des cas impliquant des relations sexuelles non protégées et une faible charge virale. Par exemple, dans la décision *JTC* qu'elle a rendue en 2013, la Cour provinciale de la Nouvelle-Écosse a acquitté un accusé dans une affaire d'exposition au VIH lors de relations sexuelles vaginales non protégées; l'accusé avait alors une charge virale de moins de 500 copies par ml de sang. L'expert qui a témoigné au procès a indiqué qu'il existait un très faible risque de transmission dans ces circonstances, ce qui a permis d'écarter la possibilité réaliste de transmission<sup>44</sup>. Le tribunal a statué que la conclusion de fait de la CSC à l'égard d'une charge virale faible combinée à l'utilisation d'un condom n'empêche pas les tribunaux d'examiner une preuve d'expert indiquant l'existence de faibles risques de transmission du VIH dans d'autres circonstances, y compris dans des cas de relations sexuelles non protégées. Dans la décision *Thompson* qu'elle a rendue en 2016, la Cour suprême de la Nouvelle-Écosse est arrivée à une conclusion similaire, citant *JTC* à l'appui<sup>45</sup>. Dans cette affaire, même si la Cour a conclu que la possibilité réaliste de transmission se trouvait écartée par la preuve d'expert indiquant un risque très faible de transmission dans un cas d'exposition au VIH, l'accusé a été déclaré coupable d'agression sexuelle causant des lésions corporelles (article 272). De l'avis du tribunal, les dommages psychologiques subis par les plaignantes étaient suffisants pour vicier leur consentement. Cette affaire a été portée en appel<sup>46</sup>.

Depuis la fin de l'examen de la jurisprudence en avril 2017 pour les fins du présent rapport, une nouvelle décision sur la non-divulgence de la séropositivité<sup>47</sup> a été publiée, c.-à-d. la décision *C.B.*, rendue en août 2017 par la Cour de justice de l'Ontario; cette dernière arrive à la même conclusion que la décision rendue en Nouvelle-Écosse, dont il est fait état ci-dessus. Dans ce cas d'exposition au VIH (relations sexuelles non protégées et existence d'une charge virale très faible, c.-à-d. moins de 60 copies par ml de sang<sup>48</sup>), la Cour de justice de l'Ontario a acquitté l'accusé de l'infraction d'agression sexuelle grave. Citant les arrêts *Mabior* de la CSC et *Felix* de la Cour d'appel de l'Ontario, la Cour a statué que la preuve de la faible charge virale et de l'utilisation d'un condom ne constitue pas la seule façon d'écarter le critère relatif à la possibilité réaliste de transmission. La Cour a conclu que la preuve médicale présentée dans cette affaire, selon laquelle il existait un très faible risque de transmission du VIH, permettait de soulever un doute raisonnable<sup>49</sup>.

### ***Absence de consensus sur les infractions susceptibles de s'appliquer dans les cas de non-divulgence de la séropositivité***

Même si un éventail d'infractions ont été appliquées dans les cas de non-divulgence de la séropositivité, y compris dans les affaires tranchées par la CSC<sup>50</sup>, celle-ci a indiqué, en *obiter*, dans l'arrêt *Mabior* (2012) que l'agression sexuelle grave est l'« infraction applicable » dans les cas de non-divulgence de la séropositivité parce que le VIH met la vie en danger<sup>51</sup>. Certains ont interprété cette déclaration comme une directive d'appliquer l'infraction d'agression sexuelle grave dans tous les cas de non-divulgence de

la séropositivité; d'autres sont d'avis que cette déclaration ne visait pas à entraver le pouvoir discrétionnaire des poursuivants quant à l'accusation à porter ou à l'infraction devant être poursuivie<sup>52</sup>.

## **2. Considérations de politique publique dans la jurisprudence de la CSC**

Dans les arrêts *Cuerrier* (1998) et *Mabior* (2012), la CSC a examiné la common law en matière de fraude viciant le consentement, l'historique législatif de la disposition prévoyant que la fraude peut vicier le consentement, ainsi que le rôle de la *Charte canadienne des droits et libertés* (la *Charte*) dans l'interprétation de cette disposition, y compris de nombreuses questions de politique publique. Ces considérations fournissent une indication du type de cas de non-divulgence de la séropositivité qui, d'après la CSC, établissent un niveau de culpabilité suffisant pour justifier l'application du droit pénal et des conséquences en découlant. Les observations de la CSC à cet égard illustrent les intérêts complexes et parfois opposés que la Cour tente de mettre en équilibre. Par exemple, la Cour fait état des éléments suivants :

- Lorsque les interventions en santé publique ont échoué, le droit criminel a un rôle à jouer pour dissuader les personnes infectées par le VIH de mettre en danger la vie d'autrui et pour protéger le public contre les individus qui refusent d'éviter les activités à risques élevés<sup>53</sup>.
- Dans les cas de non-divulgence de la séropositivité, le critère juridique pertinent devrait être interprété en fonction des valeurs constitutionnelles d'égalité, d'autonomie, de liberté, de droit à la vie privée et de dignité humaine, qui exigent le respect des partenaires sexuels en tant que personnes autonomes, égales et libres ayant le droit de refuser un rapport sexuel<sup>54</sup>. La loi doit établir un équilibre entre ces droits et « l'impératif de ne criminaliser que le comportement associé à un acte fautif et à un préjudice graves »<sup>55</sup>.
- Le fait d'assujettir au droit pénal une personne séropositive qui agit de manière responsable et dont la conduite ne cause pas de préjudice « pourrait être qualifié [...] d'inéquitable et stigmatiser les personnes atteintes du VIH, qui constituent déjà un groupe vulnérable. » Ces personnes « ne devraient pas avoir à choisir entre révéler leur état de santé ou devoir faire face à la justice criminelle »<sup>56</sup>.
- La barre relative à la responsabilité criminelle ne doit pas être placée ni trop haute ni trop basse. Une norme correspondant à tout risque pourrait établir un seuil de criminalité trop facile à franchir; par ailleurs, limiter l'application du droit pénal au cas où le risque est élevé « pourrait avoir l'effet d'excuser un comportement irresponsable et répréhensible »<sup>57</sup>.

## **3. Analyse quantitative des décisions publiées sur les cas de non-divulgence de la séropositivité (1998 à avril 2017)**

L'ensemble des décisions liées au VIH publiées au Canada entre 1998 et avril 2017, y compris les cas de non-divulgence de la séropositivité, ont été examinées en vue d'illustrer les types de cas liés au VIH portés à l'attention des responsables de l'application de la loi, la façon dont les cas de non-divulgence se présentent dans ce contexte, ainsi que la nature des cas de non-divulgence de la séropositivité en général. Ces renseignements sont présentés ci-après :

- Quatre-vingt-dix (90) décisions liées au VIH ont été signalées<sup>58</sup> entre 1998 et avril 2017. De ce nombre :
  - 59 étaient liées à une non-divulgence de la séropositivité (66 %);
  - 17 étaient liées à des contacts non sexuels (19 %);
  - 14 étaient liées à des contacts sexuels sous la contrainte (16 %).
- Des 59 cas de non-divulgence de la séropositivité, 45 ont donné lieu à des déclarations de culpabilité (76 %). De ces 45 verdicts de culpabilité :
  - 22 sont issus d'un procès;
  - 22 sont issus d'un plaidoyer de culpabilité;
  - Un mettait en cause à la fois un plaidoyer de culpabilité à l'égard de certaines accusations, et un procès à l'égard des autres.
- Parmi les déclarations de culpabilité par acte d'accusation porté (certains cas comportaient de multiples accusations)<sup>59</sup> :
  - 72 % étaient pour agression sexuelle grave;
  - 15 % étaient pour d'autres infractions, comme tentative de meurtre, administration d'une substance délétère ou nuisance publique;
  - 13 % étaient pour voies de fait graves.
- Des 45 cas de non-divulgence de la séropositivité ayant donné lieu à une déclaration de culpabilité :
  - 19 cas impliquaient la transmission du VIH à au moins une victime (42 %);
  - 26 impliquaient l'exposition au risque de transmission (58 %).
- Des 45 cas de non-divulgence de la séropositivité ayant donné lieu à une déclaration de culpabilité :
  - 36 visaient des délinquants de sexe masculin et des victimes de sexe féminin (80 %);
  - 5 visaient des délinquants de sexe féminin et des victimes de sexe masculin (11 %);
  - 4 visaient des délinquants de sexe masculin et des victimes de sexe masculin (9 %).

\* Lorsque décrits par le tribunal, les actes sexuels en question incluaient des contacts sexuels vaginaux, anaux et oraux.

Des renseignements sur la peine infligée étaient disponibles dans 43 cas. Dans quatre cas, une peine d'emprisonnement n'a pas été imposée (une absolution inconditionnelle et trois emprisonnements avec sursis). Dans les autres 39 cas, les peines d'emprisonnement étaient les suivantes :

- 1 jour à 2 ans moins un jour (7 cas ou 18 %);
- 2 à 5 ans moins un jour (12 cas ou 31 %);
- 5 à 7 ans moins un jour (7 cas ou 18 %);
- 7 à 10 ans moins un jour (4 cas ou 10 %);
- 10 à 15 ans moins un jour (6 cas ou 15 %);
- 18 ans (2 cas ou 5 %); et
- Emprisonnement à perpétuité et désignation de délinquant dangereux (1 cas ou 3 %).

#### 4. Analyse qualitative des décisions publiées sur les cas de non-divulgence de la séropositivité (de 1998 à 2017)

Une analyse qualitative des décisions publiées impliquant la non-divulgence de la séropositivité depuis l'arrêt *Cuerrier* rendu en 1998 par la CSC (59 cas) illustre un vaste éventail de conduite répréhensible. Par exemple, selon la jurisprudence, voici certains des facteurs qui indiquent un niveau plus élevé de culpabilité :

- Le défaut de respecter les interventions en santé publique<sup>60</sup>;
- L'intention spécifique d'infecter d'autres personnes ou le fait d'exposer sciemment d'autres personnes à un risque d'infection<sup>61</sup>;
- L'omission continue de révéler la séropositivité<sup>62</sup>;
- La non-utilisation délibérée de médicaments antirétroviraux<sup>63</sup>;
- La transmission du VIH<sup>64</sup>;
- La tromperie active quant à la séropositivité<sup>65</sup>;
- L'absence de remords<sup>66</sup>;
- La vulnérabilité des plaignants ou des plaignantes, par exemple, en raison de leur jeune âge ou de troubles cognitifs<sup>67</sup>.

Parmi les facteurs indiquant un niveau moindre de culpabilité, on note :

- La conduite négligente<sup>68</sup>;
- Les circonstances de vie difficiles<sup>69</sup>;
- Les actes sexuels spontanés ou « uniques » sans divulgation, par opposition à une tendance continue à avoir un comportement à risque<sup>70</sup>;
- La présence de remords<sup>71</sup>;
- Le fait d'agir en conformité avec les efforts déployés par les autorités pour contrer les risques que l'accusé présente pour d'autres personnes<sup>72</sup>;
- L'utilisation de condoms<sup>73</sup>;
- La preuve que l'accusé a fait l'objet de maltraitance par le plaignant<sup>74</sup>.

En général, les affaires comportant un niveau élevé de culpabilité ont tendance à cibler un comportement ayant pour effet de placer de nombreux plaignant(e)s souvent vulnérables dans des situations à haut risque, indiquant ainsi une intention de transmettre le VIH. Ces affaires témoignent souvent d'une indifférence complète pour les interventions en santé publique et le bien-être des autres à la seule fin d'atteindre une satisfaction sexuelle. Ces cas peuvent donner lieu à une transmission du VIH à certain(e)s des plaignant(e)s ou, dans certains cas, à aucune transmission, malgré le comportement à risque élevé de l'accusé. Les cas de non-divulgence de la séropositivité dans lesquels on retrouve des facteurs indiquant un niveau plus élevé de culpabilité ont tendance à impliquer des accusés de sexe masculin et des plaignantes de sexe féminin.

Les cas comportant un niveau moindre de culpabilité ont généralement trait à des actes sexuels spontanés ou isolés dans des cas où l'accusé n'a pas réfléchi au risque posé, parfois en raison de circonstances de vie difficiles, ce qui explique, dans certain cas, le fait que la personne ait contracté initialement le VIH. Dans la jurisprudence, ce comportement est qualifié d'insouciant plutôt qu'intentionnel. Les cas de non-divulgence de la séropositivité qui comportent des facteurs indiquant un niveau moindre de culpabilité ont tendance à impliquer des accusés autochtones et de sexe féminin.

Fait important, certains cas comportent des facteurs qui indiquent à la fois des niveaux élevé et moindre de culpabilité : par exemple, la transmission du VIH, mais dans le contexte de circonstances de vie difficiles qui ont peut-être mené à un manque d'accès ou d'un accès réduit aux soins de santé et à d'autres services.

## **PARTIE D : POINTS DE VUE ET RECOMMANDATIONS DES INTERVENANTS**

La présente partie donne un aperçu des considérations en matière de droit pénal et de santé publique et des recommandations relatives à la criminalisation de la non-divulgence de la séropositivité, exprimées par les intervenants, notamment les universitaires, les experts en sciences sociales, les organisations qui représentent les personnes séropositives et les organisations internationales. Voici certaines des préoccupations relevées par les intervenants à l'égard de l'approche du Canada en matière de droit pénal à l'égard de la non-divulgence de la séropositivité et de son incidence sur les efforts en matière de santé publique :

- Le fait de traiter tous les cas de non-divulgence de la séropositivité présentant une « possibilité réaliste de transmission »<sup>75</sup> comme une agression sexuelle grave a donné lieu à la surcriminalisation des personnes séropositives. Les tribunaux ont conclu que le critère juridique est satisfait même dans les cas où il existe une « infime possibilité de mise en danger », et où il n'y a pas eu transmission du VIH, ce qui fait en sorte que des personnes séropositives ont été accusées ou déclarées coupables pour avoir omis de révéler leur séropositivité<sup>76</sup>;
- La jurisprudence pertinente de la CSC n'a pas examiné la possibilité de traiter les cas d'exposition au VIH moins sévèrement<sup>77</sup>. L'approche du Canada à l'égard de la non-divulgence de la séropositivité est exceptionnellement punitive<sup>78</sup>, en particulier pour les personnes qui n'ont pas l'intention de transmettre le VIH à leur partenaire sexuel, et qui ne le font pas<sup>79</sup>;
- Le droit pénal actuel ne reflète pas les progrès scientifiques et médicaux à l'égard du traitement du VIH, qui ont considérablement contribué à réduire le risque de transmission du VIH; ce qui entraîne aussi une surcriminalisation<sup>80</sup>;
- Le VIH est traité de façon exceptionnelle par le système de justice pénale par rapport à d'autres maladies transmissibles (par ex., l'hépatite B, l'hépatite C et le papillomavirus humain<sup>81</sup>). Les poursuites relatives à la non-divulgence de la séropositivité semblent disproportionnées et discriminatoires compte tenu de leur nombre relativement élevé par rapport aux poursuites pour non-divulgence d'autres maladies transmissibles<sup>82</sup>;
- Il ne convient pas d'utiliser le cadre juridique des agressions sexuelles dans les cas de non-divulgence de la séropositivité puisque les cas d'activités sexuelles consensuelles et de non-divulgence de la séropositivité sont fondamentalement différents des agressions sexuelles sous la contrainte<sup>83</sup>;
- Au Canada, l'approche de droit pénal à l'égard de la non-divulgence de la séropositivité accroît la stigmatisation et la discrimination contre les personnes marginalisées, y compris les populations autochtones et les populations racialisées, comme les personnes de race noire des Caraïbes et d'Afrique, qui sont disproportionnellement représentées parmi les personnes séropositives<sup>84</sup>;

- Les praticiens du système de justice pénale ne connaissent pas suffisamment le VIH, en général, ni la science médicale sur la transmission du VIH la plus récente, en particulier, ce qui accroît la stigmatisation<sup>85</sup>;
- La criminalisation de la non-divulgence de la séropositivité a une incidence négative sur les efforts en matière de santé publique puisque la crainte de poursuites pourrait dissuader les personnes séropositives de demander l'administration de tests de dépistage, du counseling et de l'information, et d'obtenir un traitement, ce qui pourrait exacerber la transmission du VIH<sup>86</sup>;
- La crainte de poursuites pourrait également dissuader les personnes séropositives de révéler leur séropositivité immédiatement après une exposition possible (par ex., après la rupture d'un condom), empêchant ainsi le partenaire séronégatif d'obtenir une prophylaxie postexposition, si désiré<sup>87</sup>;
- Les communiqués de presse portant sur les poursuites relatives à la séropositivité ont une incidence négative sur les initiatives en matière de santé publique, comme le dépistage du VIH et les messages visant à lutter contre la stigmatisation<sup>88</sup>.

Certains intervenants ont émis des recommandations visant à répondre à certaines des préoccupations soulevées ci-dessus. En voici une liste :

***Il y a lieu d'épuiser les interventions de santé publique avant d'envisager une réponse de droit pénal***

Le droit pénal ne devrait être utilisé que dans des circonstances limitées à l'égard des comportements les plus répréhensibles, lorsque les mesures de santé publique ont été épuisées et n'ont pas réussi à changer le comportement de personnes qui manifestent une tendance à la non-divulgence exposant d'autres personnes au risque<sup>89</sup>. Les interventions de santé publique coercitives pourraient faire partie de la réponse dans les cas où une personne séropositive a accès aux outils nécessaires pour prévenir la transmission du VIH, mais se livre néanmoins à un comportement qui présente un risque important<sup>90</sup>.

***Les réponses en matière de justice pénale devraient impliquer les autorités de la santé publique au besoin***

Une réponse coordonnée en matière de santé publique et de justice pénale pourrait donner lieu à la prestation de services aux personnes se livrant à des comportements à risque et, de ce fait, à un moins grand nombre de poursuites; cependant, certains responsables de la santé publique entrevoient une telle collaboration avec prudence parce qu'ils pourraient ne pas appuyer une approche punitive<sup>91</sup>.

***La responsabilité criminelle devrait être limitée à la transmission intentionnelle du VIH***

Le recours au droit pénal devrait être limité aux cas comportant une transmission délibérée du VIH<sup>92</sup> ou aux cas où une personne avait l'intention délibérée ou « malveillante » de transmettre le VIH<sup>93</sup>.

***Le droit pénal devrait être appliqué avec prudence dans les cas de comportement insouciant et d'exposition***

Les pays qui criminalisent le comportement insouciant devraient définir étroitement l'insouciance comme le fait de « faire sciemment preuve d'indifférence » à l'égard d'un « risque important » de transmission du VIH<sup>94</sup>. Par ailleurs, le recours au droit pénal dans les cas d'exposition au VIH devrait être une mesure exceptionnelle, exiger la preuve de l'élément moral approprié (c.-à-d. une intention de transmettre le VIH), et se limiter aux circonstances où il existe un « important risque » de transmission du VIH, évalué à la lumière des plus récents progrès de la science médicale en matière de transmission<sup>95</sup>.

***La portée du droit pénal devrait être étayée par les meilleures données scientifiques et médicales qui existent***

Les données scientifiques et médicales les plus récentes sur le risque de transmission du VIH doivent être le point de départ pour déterminer si et quand le comportement en question devrait entraîner une responsabilité criminelle<sup>96</sup>. Il ne devrait pas y avoir de responsabilité criminelle lorsqu'un condom a été utilisé efficacement ou lorsque les personnes se sont livrées à des pratiques sexuelles plus sûres (par ex., le sexe oral), ou lorsque la personne séropositive fait l'objet d'un traitement antirétroviral efficace ou avait une faible charge virale<sup>97</sup>.

***Les infractions criminelles d'application générale devraient être utilisées et leurs éléments devraient être clairement définis***

Les infractions spécifiques au VIH portent atteinte aux normes internationales en matière de droits de la personne et doivent être évitées<sup>98</sup>; il n'y a que les infractions d'application générale qui devraient s'appliquer aux cas exceptionnels de transmission du VIH et les éléments de prévisibilité, d'intention, de causalité et de consentement devraient être clairement définis en droit<sup>99</sup>.

***Des infractions de nature non sexuelle devraient être utilisées dans les cas de non-divulgence de la séropositivité***

De façon analogue à l'approche adoptée au R.-U.<sup>100</sup>, la police devrait déposer des accusations relativement à des infractions ne comportant pas un élément sexuel<sup>101</sup>, comme la nuisance, la négligence criminelle et les voies de fait<sup>102</sup>, et les poursuivants devraient instituer des poursuites à l'égard de ces accusations. Ces infractions offriraient aux poursuivants davantage de souplesse pour assurer à la fois la protection du public et l'équité envers l'accusé et le plaignant, grâce à un éventail plus vaste d'options en matière de règlement et de détermination de la peine<sup>103</sup>. De plus, une telle approche ne donnerait pas lieu à une inscription au Registre national des délinquants sexuels<sup>104</sup>.

***Des lignes directrices en matière de poursuites devraient être développées***

Il faudrait élaborer dans chaque province et territoire du Canada des lignes directrices claires en matière de poursuites en vue de diminuer le risque de surcriminalisation<sup>105</sup>, de contrer le dépôt arbitraire d'accusations et de parvenir à une interaction améliorée entre la santé publique, le droit pénal et les organismes communautaires<sup>106</sup>. Comme l'a fait le R.-U.<sup>107</sup>, il devrait y avoir élaboration de lignes directrices en collaboration avec les personnes séropositives, les experts et les fournisseurs de services et les lignes directrices devraient se fonder sur la science médicale la plus récente en matière de transmission du VIH<sup>108</sup>.

***Des options en matière de réforme législative devraient être explorées***

Des moyens de défense relatifs à l'utilisation de condoms, aux charges virales faibles et aux activités sexuelles présentant des risques moindres (par ex., les relations sexuelles sans pénétration et le sexe oral) devraient être disponibles pour éviter l'application du droit pénal dans les cas où des personnes séropositives ont pris des mesures pour protéger les autres contre une infection<sup>109</sup>.

***Davantage de formation pour les praticiens du système de justice pénale est nécessaire***

Il faudrait développer du matériel de formation pour les juges, les policiers, les poursuivants, les avocats de la défense et les membres du personnel correctionnel au sujet de la transmission du VIH et des réalités de la vie d'une personne séropositive, qui comprendrait notamment les données scientifiques pertinentes, le contexte social et l'incidence des poursuites sur les initiatives en matière de santé publique<sup>110</sup>.

***Davantage de formation sur le VIH et de recherches sur les répercussions de la criminalisation sur la santé publique sont requises***

Des outils additionnels pour sensibiliser le public et déstigmatiser le VIH/sida devraient être développés de concert avec des experts de la collectivité, des personnes séropositives et d'autres personnes touchées par le VIH, le système de justice pénale, les ministères de la santé publique, des chercheurs et des décideurs en matière de politiques<sup>111</sup>. Les autres domaines de recherche devraient notamment inclure : l'examen des approches liées à la justice réparatrice et des approches novatrices en gestion de cas du secteur de la santé publique; l'étude des facteurs sociaux, culturels et comportementaux contribuant à la criminalisation du VIH, et l'examen de la façon dont les praticiens de la justice pénale comprennent le VIH<sup>112</sup>.

## **PARTIE E : COMPARAISON DES APPROCHES INTERNATIONALES**

Les réponses du droit pénal face à la non-divulgence de la séropositivité varient dans le monde entier. Certains pays utilisent des lois d'application générale pour criminaliser à la fois la transmission du VIH et l'exposition au VIH, ou la transmission seulement, alors que d'autres ont édicté des infractions criminelles spécifiques relatives au VIH. Divers États américains ont été les premiers à adopter des dispositions législatives spécifiques relatives au VIH en 1987, et d'autres juridictions ont rapidement suivi<sup>113</sup>. À l'heure actuelle, des juridictions dans chaque coin de la planète ont édicté des dispositions législatives spécifiques relatives au VIH, dont plus de trente États et deux territoires aux États-Unis<sup>114</sup>. Selon un document d'information de 2012 commandé par l'ONUSIDA, les pays à revenu élevé instituent le plus de poursuites relativement aux cas de non-divulgence de la séropositivité<sup>115</sup> et les États-Unis et le Canada sont à l'origine de la majorité des poursuites signalées de cas liés au VIH, si on se fie au nombre absolu de déclarations de culpabilité dans ces deux pays, alors que la Suède et la Norvège affichent les nombres les plus élevés de déclarations de culpabilité connues par habitant<sup>116</sup>.

Outre un examen général des différentes approches internationales à l'égard de la non-divulgence de la séropositivité, une étude plus approfondie des lois applicables dans huit administrations de common law aux vues similaires a été menée, compte tenu de l'origine commune de nos systèmes juridiques : soit l'Angleterre et le Pays de Galles, l'Écosse, la Nouvelle-Zélande, les États de Victoria et de la Nouvelle-Galles du sud de l'Australie, et les États d'Iowa, du Colorado et de la Californie aux États-Unis. Bien que ces administrations adoptent des approches différentes, il est possible de formuler les observations générales ci-après :

- La plupart des administrations visées par l'examen utilisent des infractions d'application générale à caractère non sexuel pour les cas de non-divulgence de la séropositivité:
  - L'Angleterre et le Pays de Galles, l'Écosse, la Nouvelle-Zélande, l'État de Victoria, l'État de la Nouvelle-Galles-du-Sud, et l'État du Colorado utilisent des infractions d'application générale, qui existent depuis longtemps, relativement aux cas de non-divulgence d'ITS, y compris le VIH, par exemple, les infractions visant à interdire à une personne d'infliger des lésions corporelles graves, des voies de fait graves et de causer des blessures graves à une autre personne;
  - En 2014, l'Iowa a édicté de nouvelles infractions spécifiques au VIH qui s'appliquent à la transmission intentionnelle du VIH ainsi qu'à la transmission du VIH et à l'exposition au VIH avec insouciance;



- En 1998, la Californie a édicté une infraction visant à interdire à quiconque de se livrer à des relations sexuelles non protégées avec l'intention de transmettre le VIH. Cependant, le 6 février 2017, un projet de loi a été déposé devant le Sénat de la Californie, visant à abroger cette infraction et à créer une nouvelle infraction mineure (misdemeanor) qui interdirait la transmission de toute maladie pouvant avoir des conséquences importantes sur la santé physique ou les activités quotidiennes de la personne infectée.
- Toutes les administrations visées par l'examen criminalisent la transmission intentionnelle du VIH et la plupart criminalisent aussi la transmission du VIH avec insouciance (seule la Californie ne criminalise pas spécifiquement la transmission du VIH avec insouciance);
- Toutes les administrations visées par l'examen criminalisent l'exposition au VIH, mais certaines le font plus étroitement que d'autres. Par exemple, l'Angleterre et le Pays de Galles et l'État de Nouvelle-Galles-du-Sud ne criminalisent l'exposition au VIH que lorsque l'intention de transmettre le VIH peut être établie; dans de tels cas, des accusations de tentative d'infliger des lésions corporelles graves peuvent être déposées à la fois en Angleterre et au Pays de Galles et dans l'État de Nouvelle-Galles-du-Sud;
- Toutes les administrations visées par l'examen appliquent des infractions plus graves, passibles de peines maximales plus élevées, aux cas de transmission intentionnelle du VIH, et des infractions moins graves, passibles de peines maximales moindres, dans les cas de transmission du VIH ou d'exposition au VIH avec insouciance;
- Deux des administrations visées par l'examen ont établi des lignes directrices en matière de poursuites :
  - En Angleterre et au Pays de Galles, un énoncé de politique et des lignes directrices en matière de poursuites ont été élaborés en vue d'informer les poursuivants des considérations d'ordre juridique et politique qui s'appliquent lorsqu'une poursuite pénale est instituée dans des cas de non-divulgence d'une ITS, y compris du VIH<sup>117</sup>. Ces lignes directrices exigent que le Conseiller juridique du Directeur examine toutes les décisions en matière d'inculpation et fournisse son avis dans les cas appropriés;
  - En Écosse, un énoncé de politique similaire prévoit la façon dont les poursuivants devraient traiter les cas de non-divulgence d'ITS, y compris du VIH<sup>118</sup>. Fait important, la politique de l'Écosse en matière de poursuites prévoit que, dans les cas d'exposition, des poursuites ne devraient être envisagées que dans des circonstances exceptionnelles, par ex., lorsque l'accusé adopte un comportement flagrant, en ayant des relations sexuelles non protégées avec plusieurs partenaires sans les informer de sa séropositivité, mais que grâce à un heureux coup du sort, il ne leur transmet pas le VIH<sup>119</sup>. La politique précise également qu'il existe une très forte présomption contre l'institution de poursuites lorsque la charge virale de la personne est inférieure à 50 copies par ml de sang, compte tenu du risque minimal de transmission<sup>120</sup>.

## **PARTIE F : RÉPONSES DU SECTEUR DE LA SANTÉ PUBLIQUE AUX CAS DE VIH**

La présente partie offre un aperçu des réponses du secteur de la santé publique face aux cas de VIH, selon la description des partenaires FPT de la santé publique de diverses provinces et divers territoires canadiens<sup>121</sup>, puisque le VIH est principalement une question de santé publique. Cet aperçu a été étayé

par un examen des lois PT sur la santé publique et par les documents d'orientation, les manuels ou les protocoles applicables, collectivement désignés par les termes « lignes directrices », qui aident les autorités de la santé publique dans l'exercice de leur pouvoir discrétionnaire lorsqu'elles s'occupent de cas de VIH. L'information sur la façon dont les cas de VIH sont signalés et gérés au Canada et la nature de la relation entre les autorités de la santé publique et les forces de l'ordre, au moment de s'occuper de cas de non-divulgaration de la séropositivité, sont résumées ci-dessous.

## 1. Signalement des cas de VIH au Canada

### ***Les lois PT sur la santé publique exigent le signalement aux autorités de la santé publique des personnes ayant obtenu un résultat positif aux tests de dépistage du VIH***

L'administration et la prestation des services de santé, y compris ceux liés aux maladies transmissibles, sont principalement la responsabilité des PT<sup>122</sup>. Les lois PT sur la santé publique et les lignes directrices correspondantes, le cas échéant, établissent les processus que doivent suivre les médecins et autres fournisseurs de soins primaires au moment de signaler la présence de maladies transmissibles, y compris le VIH, aux autorités de la santé publique. Ces processus varient d'une province/d'un territoire à un autre.

Les lois PT sur la santé publique exigent que les résultats positifs aux tests de dépistage du VIH soient signalés aux autorités de la santé publique<sup>123</sup>. Généralement, le laboratoire et/ou le professionnel responsable des soins de santé (comme le médecin ou le membre du personnel infirmier ayant la plus grande responsabilité) qui effectue le test de dépistage doit déclarer, aux autorités de la santé publique locale, les renseignements prévus sur les personnes ayant reçu un diagnostic de séropositivité<sup>124</sup>.

### ***Les PT avisent tous volontairement l'ASPC des personnes venant de recevoir un diagnostic de séropositivité***

Les PT avisent tous volontairement l'ASPC, en fournissant des renseignements non identificatoires sur les personnes qui viennent de recevoir un diagnostic de séropositivité, afin d'appuyer la production de rapports nationaux sur l'épidémiologie du VIH/sida au Canada<sup>125</sup>.

## 2. Gestion des cas de VIH

### ***Les lignes directrices d'un grand nombre de provinces et de territoires fournissent des directives sur la gestion des cas de VIH***

Diverses autorités de la santé publique ont publié des lignes directrices pour soutenir les professionnels de la santé dans la gestion des cas de VIH. Ces lignes directrices soulignent toutes l'importance du dépistage du VIH et du counseling comme méthodes permettant de réduire le risque de transmission de la maladie à d'autres personnes et de faciliter les soins de suivi. De nombreuses lignes directrices recommandent expressément de conseiller aux personnes séropositives de prendre des mesures afin de prévenir la transmission du VIH, comme d'obtenir un traitement et de communiquer leur statut séropositif à leurs partenaires sexuels et aux personnes avec qui elles ont partagé du matériel de consommation de drogues, notamment en les avisant qu'elles pourraient être tenues par la loi de le faire<sup>126</sup>.

***Les professionnels de la santé communiquent les résultats positifs aux tests de dépistage du VIH et fournissent des services de counseling***

Le professionnel de la santé qui est le principal responsable des soins de santé d'une personne en particulier communique habituellement les résultats positifs aux tests de dépistage du VIH en personne, ce qui offre une possibilité de counseling. Certaines lois PT sur la santé publique précisent que les professionnels de la santé doivent fournir des services de counseling et recenser tout « contact » (c.-à-d. les partenaires sexuels de la personne séropositive ou des personnes avec qui elle a partagé du matériel de consommation de drogues) dans le cadre d'un processus de relance des contacts (voir plus bas), et ce, dans un délai précis à la suite du diagnostic de séropositivité<sup>127</sup>.

***Les autorités de la santé publique aident à communiquer avec les personnes séropositives qui ne peuvent pas être jointes et à les localiser***

Certains partenaires de la santé publique ont souligné que les professionnels de la santé peuvent parfois aider les autorités de la santé publique à communiquer avec une personne séropositive qui est difficile à joindre et à la retrouver afin qu'elle puisse être informée de son état et prendre des mesures pour éviter de transmettre le VIH à d'autres personnes. Certains ont également affirmé que les autorités de la santé publique emploient diverses stratégies pour joindre la personne, comme des visites à domicile, la visite de lieux publics que pourrait fréquenter cette personne, l'envoi d'une lettre par courrier recommandé, des messages téléphoniques, l'envoi de courriels et de textos, et l'ajout d'une alerte au dossier médical électronique de la personne à l'intention du prochain fournisseur de soins de santé qu'elle consultera.

Les renseignements accessibles sur ce qui arrive lorsqu'une personne séropositive ne peut tout simplement pas être localisée étaient limités. Deux partenaires de la santé publique ont souligné que, si une personne ne peut pas être jointe après des tentatives répétées, son dossier est fermé, mais pourrait être rouvert si elle retenait l'attention des autorités de la santé publique à une date ultérieure. Un certain nombre de partenaires de la santé publique ont mentionné que, si la personne déménage dans une autre province ou un autre territoire, son cas sera référé aux autorités de la santé publique de cette province ou de ce territoire.

***La « relance des contacts » est une pratique courante***

À la suite d'un diagnostic de séropositivité, la notification des partenaires sexuels et de toute personne avec qui le patient a partagé du matériel de consommation de drogues (c.-à-d. la « relance des contacts ») est habituellement effectuée par les professionnels de la santé, les autorités de la santé publique ou une combinaison des deux. La protection de la confidentialité et des renseignements personnels et des personnes séropositives et de leurs contacts est un aspect essentiel des pratiques relatives à la santé publique, qui est régi par les lois PT<sup>128</sup>.

Dans la plupart des PT, les autorités de la santé publique sont responsables de s'assurer que les contacts d'une personne séropositive sont avisés<sup>129</sup>. La relance des contacts suppose généralement que l'on informe les partenaires sexuels de la personne séropositive, ainsi que toute personne avec qui elle a partagé du matériel de consommation de drogues, de leur exposition potentielle au VIH et que l'on offre des services de counseling à ces contacts afin qu'ils obtiennent des services de dépistage et des soins de santé<sup>130</sup>. Même si les pratiques diffèrent d'une province ou d'un territoire à un autre, la majorité des partenaires de la santé publique ont affirmé que leurs lignes directrices décrivent les processus relatifs au recensement et à la notification des contacts d'une personne séropositive. De nombreuses lignes directrices renvoient aux Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement de l'ASPC, qui comprennent des consignes sur la relance des contacts<sup>131</sup>.

Certaines lois PT sur la santé publique imposent l'obligation pour les professionnels de la santé ou les autorités de la santé publique de procéder à la relance des contacts<sup>132</sup>, et certaines autorisent les

autorités de la santé publique à obliger une personne séropositive à fournir de l'information au sujet de ses contacts<sup>133</sup>.

***Des lignes directrices portant sur les cas à risque élevé sont accessibles dans certaines provinces et certains territoires***

Plusieurs partenaires de la santé publique ont publié des lignes directrices particulières sur la façon de gérer les personnes séropositives au sujet desquelles les autorités ont des motifs de croire qu'elles ont adopté ou adopteront une conduite qui pose un risque élevé de transmission du VIH<sup>134</sup>. La façon de gérer ces personnes est généralement évaluée au cas par cas; les mesures préventives et volontaires sont les moyens privilégiés.

***Des ordonnances de santé publique sont accessibles dans la majorité des PT, mais ne sont pas nécessairement utilisées***

La majorité des partenaires de la santé publique ont le pouvoir de rendre et de faire appliquer des ordonnances de santé publique exigeant que soient respectées certaines mesures qui réduisent le risque de transmission du VIH, comme le fait d'exiger que la personne séropositive : se soumette à un examen médical; s'isole; se comporte d'une manière qui n'exposera pas d'autres personnes à l'infection; reçoive un traitement; fournisse des renseignements sur ses contacts; et se conforme à des mesures visant à prévenir la propagation du VIH (p. ex. utiliser un condom, informer ses contacts de son état de séropositivité)<sup>135</sup>.

Les mesures d'application de la loi pourraient comprendre l'appréhension et la détention d'une personne qui omet de respecter les dispositions d'une ordonnance<sup>136</sup>. Certaines lois PT permettent aux autorités de la santé publique de demander au tribunal de faire exécuter l'ordonnance et/ou de demander que des mesures supplémentaires soient prises contre la personne, comme l'obliger à subir un examen ou un traitement médical.<sup>137</sup> Certaines lois PT sur la santé publique comprennent également des dispositions relatives aux infractions, qui permettent l'imposition d'une amende ou d'une peine d'emprisonnement pour avoir omis de respecter une ordonnance<sup>138</sup>.

Même s'il est possible de rendre et de faire appliquer des ordonnances de santé publique dans la majorité des PT, de nombreux partenaires de la santé publique ont affirmé qu'ils préféreraient interagir avec les personnes séropositives à l'aide de mesures volontaires axées sur le soutien. Les ordonnances et les mesures judiciaires sont utilisées au besoin, par exemple, lorsque les autres mesures ont été épuisées.

***Le public peut être avisé s'il y a un risque de transmission du VIH***

La plupart des lois PT sur la santé publique autorisent la notification des membres du public dans les situations où l'on sait que des personnes adoptent une conduite qui pose un risque élevé de transmission du VIH<sup>139</sup>. Toutefois, quelques partenaires de la santé publique ont souligné que les renseignements sur les personnes séropositives ne sont rendus publics qu'au besoin, dans le contexte de procédures judiciaires (p. ex. des procédures criminelles ou relatives à la santé publique<sup>140</sup>) ou dans le cadre de mesures prises par les forces de l'ordre.

### 3. Interaction entre la santé publique et les forces de l'ordre

#### ***La mobilisation des forces de l'ordre est limitée, y compris dans les cas comprenant un comportement risqué***

Quelques partenaires de la santé publique ont affirmé qu'ils ne communiquent ou n'interagissent généralement pas avec les forces de l'ordre dans les cas potentiels de non-communication de la séropositivité, y compris ceux qui présentent une conduite posant un risque élevé de transmission du VIH. Certains ont précisé qu'ils demanderaient des avis juridiques et des directives internes avant de faire appel aux forces de l'ordre. Toutefois, un partenaire de la santé publique a mentionné entretenir une relation étroite avec les forces de l'ordre et a affirmé que des accusations portées contre une personne avaient été retirées suite à l'intervention des partenaires de la santé publique. L'interaction avec les forces de l'ordre pourrait également être limitée par les dispositions relatives à la protection des renseignements personnels prévues dans des lois PT.

Quelques partenaires de la santé publique ont publié des lignes directrices qui exposent la bonne procédure à suivre au moment de faire intervenir les forces de l'ordre dans les cas comportant un risque élevé de transmission<sup>141</sup>.

#### ***Les policiers ou les procureurs communiquent rarement avec les autorités de la santé publique***

Un certain nombre de partenaires de la santé publique ont affirmé que les policiers ou les procureurs ne communiquent pratiquement jamais avec les autorités de la santé publique dans les cas de non-divulgence de la séropositivité. Dans les situations où les autorités de la santé publique ont été en communication avec les policiers ou les procureurs, certains partenaires de la santé publique ont précisé que les personnes séropositives qui avaient suscité l'attention des forces de l'ordre avaient reçu des services de counseling avant d'avoir des démêlés avec celles-ci.

#### ***Habituellement, les renseignements au sujet des cas potentiels de non-communication de la séropositivité sont fournis aux forces de l'ordre par l'intermédiaire d'ordonnances judiciaires***

Certaines autorités de la santé publique ont travaillé avec les forces de l'ordre et leur ont fourni des renseignements relativement à des cas potentiels de non-communication de la séropositivité, même si certains d'entre eux ont précisé que cette collaboration n'a lieu que lorsqu'un mandat ou une assignation à comparaître pour fournir des renseignements a été délivré ou dans des situations comportant un risque élevé de transmission à d'autres personnes.

Dans certaines provinces et certains territoires, l'échange limité de renseignements entre les autorités de la santé publique et les forces de l'ordre s'expliquait par des préoccupations relatives à la protection des renseignements personnels du patient et à une préférence pour des interventions en santé publique plutôt qu'en droit pénal. Toutefois, des renseignements peuvent être fournis aux agents de la paix lorsqu'ils publient et font appliquer des ordonnances de santé publique en vertu de certaines lois PT sur la santé publique<sup>142</sup>.

#### ***Les autorités de la santé publique ont manifesté des préoccupations au sujet de l'intervention des forces de l'ordre***

Quelques partenaires de la santé publique se sont dits préoccupés au sujet des interventions des forces de l'ordre dans les cas de VIH, et certaines de ces préoccupations figurent également dans leurs lignes directrices<sup>143</sup>. Certains ont affirmé qu'ils préféreraient prendre un vaste éventail de mesures en santé publique et travailler directement auprès des personnes séropositives, au cas par cas, afin de réduire le comportement risqué. Un partenaire a souligné que les autorités de la santé publique ne veulent pas compromettre leur relation avec les personnes séropositives qui ne veulent pas avoir de démêlés avec

les forces de l'ordre. Un autre a affirmé que la mobilisation des forces de l'ordre est considérée comme un tout dernier recours, car les autorités de la santé publique sont responsables de gérer le risque de transmission du VIH, et non le système de justice pénale.

## **PARTIE G : RÉPONSES DU SYSTÈME DE JUSTICE PÉNALE AUX CAS DE NON-DIVULGATION DE LA SÉROPOSITIVITÉ**

La présente partie offre un aperçu des réponses en matière de justice pénale dans les cas de non-divulgence de la séropositivité<sup>144</sup>, y compris les renseignements obtenus des forces de l'ordre de diverses provinces et divers territoires sur : la nature des affaires criminelles liées au VIH qui ont suscité l'attention des forces de l'ordre; les pratiques et les considérations relatives aux mises en accusation et aux poursuites; et l'expérience des victimes.

Les provinces sont responsables d'enquêter sur les infractions du *Code criminel* et d'intenter des poursuites à cet égard à l'intérieur de leurs frontières, alors que le gouvernement fédéral assume ces responsabilités dans les territoires. Les policiers sont responsables du dépôt d'accusations dans toutes les provinces, sauf la Colombie-Britannique, le Nouveau-Brunswick et le Québec, où les accusations doivent faire l'objet d'une approbation préalable par un procureur. Généralement, dans chaque province et territoire, des accusations sont déposées s'il existe des motifs raisonnables et probables de croire qu'une infraction a été commise, et des poursuites sont intentées s'il existe une perspective réaliste de déclaration de culpabilité et si la poursuite est dans l'intérêt public, quoique ces seuils varient légèrement d'une province ou d'un territoire à un autre.

### **1. Nature des affaires criminelles liées au VIH**

#### ***La majorité des affaires liées au VIH comportent la non-divulgence de la séropositivité***

Même si certains représentants des forces de l'ordre ont géré quelques cas liés au VIH impliquant une conduite non sexuelle (p. ex. cracher, mordre, coups portés avec une aiguille, dons de sang), la majorité des cas qui ont été portés à l'attention des forces de l'ordre impliquaient la non-divulgence du statut séropositif. Cependant, certains représentants ont également déclaré avoir géré des cas impliquant une activité sexuelle forcée dans lesquels l'exposition au VIH et/ou sa transmission étaient considérées comme des facteurs aggravants aux fins de la détermination de la peine.

Les représentants des forces de l'ordre ont souligné que les cas de non-divulgence de la séropositivité impliquent souvent des membres du sexe opposé et des relations vaginales, par contre, d'autres types d'activités sexuelles (p. ex. sexe anal et oral) sont également en cause dans de nombreux cas. Plusieurs ont également mentionné des cas concernant des membres du même sexe et diverses formes d'activités sexuelles (p. ex. sexe anal, pénétration vaginale avec un jouet sexuel partagé, et sexe oral).

#### ***Les cas de non-divulgence de la séropositivité comprennent souvent de multiples plaignants***

La plupart des représentants des forces de l'ordre ont souligné que les cas de non-divulgence de la séropositivité comprennent généralement de multiples plaignants et, par conséquent, de multiples allégations contre l'accusé. Ces cas peuvent comprendre des plaignants qui ont contracté le VIH ainsi que ceux et celles qui y ont été exposés.

### ***Les plaignants effectuent habituellement un signalement à la police***

La plupart des représentants des forces de l'ordre ont affirmé que les cas de non-divulgence de la séropositivité étaient habituellement portés à leur attention lorsque le plaignant fait un signalement à la police. Certains ont précisé que le plaignant le fait habituellement après avoir appris qu'il est séropositif ou avoir appris de l'accusé ou d'une autre personne que l'accusé est séropositif alors qu'il a eu des rapports sexuels avec ce dernier. Dans certains cas, les plaignants avaient effectué le signalement en raison de renseignements publiés dans un communiqué de presse.

## **2. Pratiques et considérations en matière de mise en accusation**

### ***L'intervention des autorités de la santé publique avant celle des forces de l'ordre est courante***

La plupart des représentants des forces de l'ordre ont affirmé que, dans bien des cas, les autorités de la santé publique étaient intervenues auprès de l'accusé avant que l'affaire ne soit portée à l'attention des forces de l'ordre. Dans certains cas, on avait conseillé à l'accusé de dévoiler son état de séropositivité à ses partenaires sexuels et, dans quelques cas, l'accusé était visé par une ordonnance de santé publique.

### ***Les forces de l'ordre ne consultent généralement pas les autorités de la santé publique avant la mise en accusation***

La consultation des autorités de la santé publique à l'étape préalable à la mise en accusation est limitée. Même si quelques représentants des forces de l'ordre ont souligné que les autorités de la santé publique peuvent être appelées à fournir des renseignements relatifs à la connaissance de l'accusé de son statut séropositif et de tout service de counseling qu'il pourrait avoir reçu, et à contribuer à la production de tout dossier médical pertinent pour déterminer si une accusation devrait être déposée, certains ont ajouté que les autorités de la santé publique n'interviennent pas ou n'ont aucune influence au cours de l'étape préalable à la mise en accusation.

### ***La consultation d'un procureur avant la mise en accusation n'est pas une pratique courante***

Dans la plupart des PT qui ne sont pas assujettis à l'approbation de la Couronne avant une mise en accusation, le fait de communiquer avec des procureurs avant de déposer des accusations n'est pas une pratique courante pour les forces de l'ordre. Toutefois, quelques représentants des forces de l'ordre ont souligné que des procureurs chevronnés qui s'occupent d'affaires liées au VIH sont disponibles à des fins de consultation avec les policiers ou avec d'autres procureurs, au cas par cas, de façon informelle.

### ***L'agression sexuelle grave est l'accusation habituellement déposée, mais d'autres infractions pourraient s'appliquer***

La majorité des représentants des forces de l'ordre ont affirmé que l'agression sexuelle grave est l'accusation habituellement déposée dans les cas de non-divulgence de la séropositivité. Selon certains, d'autres accusations pourraient être envisagées, selon les faits relatifs à l'affaire et les éléments de preuve accessibles, notamment : voies de fait; voies de fait graves; agression sexuelle; agression sexuelle causant des lésions corporelles; négligence criminelle; administration d'une substance délétère; et nuisance publique.

Quelques représentants ont souligné que le fait qu'un cas implique de jeunes délinquants ou comporte un plaidoyer de culpabilité pouvait avoir une incidence sur le type d'accusation déposée ou de condamnation. Par exemple, un représentant a expliqué que, dans un cas concernant trois victimes et un jeune délinquant marginalisé dont la charge virale était faible, le procureur avait accepté un

plaidoyer de culpabilité pour nuisance publique, et le jeune délinquant a reçu une mise en liberté sous condition assortie d'une année de probation.

***Les accusations de tentative de meurtre et/ou de meurtre sont rares***

Même si celles-ci sont rares, des accusations de meurtre ou de tentative de meurtre peuvent être déposées si l'accusé a adopté une conduite à risque élevé de façon répétitive, malgré les interventions continues de la santé publique, qui s'est soldée par la transmission de la maladie à d'autres personnes pouvant en mourir ou qui sont décédées à la suite de complications associées au VIH/sida.

***Des interventions non pénales ne sont pas accessibles dans la plupart des cas de non-divulgence de la séropositivité***

Certains représentants des forces de l'ordre étaient d'avis que les interventions non pénales n'étaient pas appropriées ou accessibles dans les cas de non-divulgence de la séropositivité. Parmi les raisons citées, mentionnons le degré de risque élevé que l'accusé posait pour le public et la gravité de la conduite alléguée, par exemple parce que l'accusé avait omis de dévoiler son état de séropositivité à de multiples plaignants et n'avait pas suivi les conseils des autorités de la santé publique. Un représentant de l'application de la loi a fait remarquer que les autres mesures et programmes thérapeutiques accessibles dans sa province/son territoire excluaient tous les types d'agression sexuelle. Un autre a mentionné que les interventions non pénales sont envisagées dans les cas appropriés, selon les circonstances de l'infraction et la situation du délinquant.

***Les policiers publient des communiqués de presse s'il existe des préoccupations au sujet d'autres plaignants potentiels***

Dans certaines provinces et certains territoires, les policiers publient habituellement des communiqués de presse lorsqu'ils ont des motifs de croire que d'autres plaignants potentiels, qui devraient consulter un médecin, ont été ou pourraient être à risque d'exposition au VIH.

### **3. Pratiques et considérations relatives aux poursuites**

***Des politiques et lignes directrices visant à aider les procureurs ne sont généralement pas offertes***

La plupart des représentants de l'application de la loi ont affirmé que les services des poursuites n'ont pas établi de politiques ou de lignes directrices officielles portant précisément sur la gestion des cas de non-divulgence de la séropositivité.

***Le rôle des autorités de la santé publique est limité après la mise en accusation***

Le rôle des autorités de la santé publique serait soit limité, soit inexistant, à la suite d'une mise en accusation. Deux représentants des forces de l'ordre ont mentionné que, dans certains cas, les autorités de la santé publique peuvent être contactées pour discuter des conditions adéquates relatives à une mise en liberté provisoire, comme le fait d'exiger que l'accusé reçoive des services de counseling sur les façons de réduire le risque de transmission et qu'il respecte les conditions généralement prévues dans les ordonnances rendues par les intervenants de la santé publique (p. ex. informer ses contacts de son état séropositif).

***La consultation informelle de procureurs chevronnés est pratique courante***

Plusieurs représentants des forces de l'ordre ont affirmé qu'ils avaient pour pratique de consulter les procureurs désignés ayant de l'expérience dans la gestion des cas de non-divulgence de la séropositivité ou d'affecter ces cas à des procureurs chevronnés. Un représentant a souligné que certains policiers et



procureurs ne sont pas toujours conscients de la disponibilité de procureurs chevronnés avant que les accusations ne soient déposées ou que l'affaire soit conclue.

***Un éventail de facteurs peut être pris en compte au moment de déterminer s'il y a lieu d'intenter une poursuite***

Quelques représentants des forces de l'ordre ont déclaré que les facteurs suivants peuvent être pris en considération au moment de déterminer s'il y a lieu d'intenter une poursuite dans une affaire de non-divulgence de la séropositivité.

- le degré de risque posé par l'activité sexuelle en cause (p. ex. l'adhésion de l'accusé au traitement antirétroviral);
- la nature et la fréquence de la conduite risquée (p. ex. le nombre de plaignants potentiels, la conduite de l'accusé lorsqu'il recherche des partenaires sexuels, comme le fait d'attirer des partenaires sexuels sur Internet et sur les sites Web de rencontre, et s'il a pris l'habitude de ne pas divulguer son état);
- la vulnérabilité des plaignants;
- le niveau de connaissance de l'accusé au sujet de son état de séropositivité (p. ex. si l'accusé a reçu de l'information au sujet de son diagnostic et déployé des efforts dans le but de réduire le risque de transmission du VIH);
- les interactions précédentes de l'accusé avec les intervenants de la santé publique (p. ex. si l'accusé a reçu des services de counseling ou s'il a respecté des mesures volontaires et préventives, ou bien s'il a été assujéti à une ordonnance de santé publique).

***Les questions touchant la preuve dans les affaires de non-divulgence de la séropositivité sont complexes***

**Types d'éléments de preuve d'ordre médical pertinents :** Les types d'éléments de preuve d'ordre médical qu'on cherche à présenter dans les cas de non-divulgence de la séropositivité comprennent : les dossiers du médecin traitant de l'accusé; les dossiers de la santé publique (p. ex. les résultats d'analyse de laboratoire et les dossiers de counseling); les dossiers médicaux du plaignant et, dans les cas de transmission, possiblement les dossiers médicaux des partenaires sexuels du plaignant. Des témoignages d'experts établissant un lien entre l'infection au VIH du plaignant et celle de l'accusé ou concernant le risque de transmission posé par l'activité sexuelle en question peuvent également être présentés.

**But des éléments de preuve d'ordre médical :** Les représentants des forces de l'ordre ont affirmé que les éléments de preuve d'ordre médical peuvent être pertinents pour ce qui est de déterminer s'il faut déposer des accusations ou intenter une poursuite. Plus particulièrement, un représentant a mentionné l'importance des éléments de preuve à l'égard de l'efficacité du traitement visant à réduire le risque afin de déterminer s'il y a une possibilité réaliste de transmission. Quelques partenaires ont également souligné l'importance d'obtenir des éléments de preuve au sujet de la connaissance qu'a l'accusé de son statut séropositif et de tout service de counseling sur le risque de transmission reçu par ce dernier, afin d'aider à déterminer si son état mental est suffisamment coupable pour justifier une responsabilité criminelle.

Les représentants des forces de l'ordre ont déclaré que les témoignages d'experts médicaux sont habituellement utilisés dans des procès portant sur des cas de transmission, afin d'établir que l'accusé a transmis le VIH à la victime, puisque la transmission de la maladie est un facteur aggravant aux fins de la détermination de la peine. Ils peuvent également être utilisés dans les procès portant sur des cas d'exposition, afin de démontrer que le critère de la possibilité réaliste de transmission est satisfait. Toutefois, les représentants des forces de l'ordre ont présenté des opinions divergentes quant à

l'utilisation et la nécessité des témoignages d'experts médicaux. Par exemple, dans certaines provinces et certains territoires, des représentants ont affirmé que ces témoignages sont requis dans les cas d'exposition, afin d'établir la possibilité réaliste de transmission, alors que dans d'autres, certains ont mentionné que ces témoignages ne sont pas requis dans tous les cas d'exposition (p. ex. si une activité sexuelle non protégée est en cause).

Un représentant a souligné que les cas d'exposition comportant la preuve de l'utilisation d'un condom requièrent tout de même le témoignage d'un expert médical concernant la charge virale, afin de pouvoir déterminer si le critère de la possibilité réaliste de transmission est satisfait. Un autre a déclaré que, si le sexe oral est en cause, le témoignage d'un expert sur le risque de transmission associé à cette activité sexuelle est nécessaire. Un représentant s'est dit préoccupé au sujet de l'obtention du témoignage d'un expert objectif, puisque certains experts pourraient ne pas être disposés à présenter des éléments de preuve d'ordre médical sur le risque de transmission dans des procès criminels en raison de leur opposition à l'utilisation du droit pénal dans les affaires de non-divulgence de la séropositivité.

**Choix du moment pour demander des éléments de preuve d'ordre médical :** Certains représentants des forces de l'ordre ont mentionné que les éléments de preuve d'ordre médical liés à l'état de séropositivité de l'accusé sont généralement demandés à un stade précoce, comme à l'étape de l'enquête ou peu après le dépôt des accusations. Un représentant a affirmé que ces éléments de preuve étaient demandés après la mise en accusation. Un autre a souligné que les procureurs attendent de voir si l'accusé produira volontairement ses dossiers médicaux avant de demander la production de ces dossiers. Quelques représentants ont affirmé avoir recours à des ordonnances de production, et l'un d'eux a mentionné que le fait de demander une autorisation judiciaire pour la production de dossiers médicaux, ou l'obtention du consentement de l'accusé afin que ses dossiers soient communiqués, peut avoir une incidence sur le moment où ces éléments de preuve sont reçus.

#### ***Les cas de transmission et d'exposition au VIH sont traités de façon semblable***

La majorité des représentants des forces de l'ordre ont mentionné que les cas de transmission ne sont généralement pas traités différemment des cas d'exposition, sauf pour ce qui est de devoir possiblement déposer différents éléments de preuve, conformément à ce qui a été dit plus haut. Toutefois, comme les cas de transmission sont généralement considérés comme étant plus graves, ils se soldent habituellement par l'imposition de peines plus longues.

## **4. Expérience des victimes**

#### ***Les victimes subissent un éventail de conséquences émotionnelles et psychologiques***

Plusieurs représentants des forces de l'ordre ont mentionné que les victimes ressentent de la crainte, de la culpabilité, de la colère, du stress, de la honte et de l'anxiété, y compris lorsqu'elles attendent d'obtenir des résultats médicaux ou qu'une période suffisante se soit écoulée pour qu'elles puissent savoir si elles ont été infectées par le VIH. Même après avoir reçu des résultats négatifs aux tests de dépistage, certaines victimes continuent de s'inquiéter quant à la possibilité que les résultats soient en fait de faux négatifs. Les déclarations de la victime<sup>145</sup> révèlent fréquemment le sentiment de trahison ressenti par la victime, lequel mène à une incapacité de faire confiance aux autres. Cette conséquence est particulièrement marquée lorsque le délinquant était un ami ou une personne avec qui la victime entretenait une relation de longue date. De nombreuses victimes ont déclaré avoir perdu foi en leur propre capacité de juger le caractère des autres. Certaines ont songé, et d'autres ont tenté, de se suicider et de s'automutiler.

### ***Les victimes dans les affaires de transmission subissent des préjudices plus importants***

Les représentants des forces de l'ordre ont mentionné que les victimes qui contractent le VIH subissent des conséquences encore plus grandes dans leur vie, comme un stress accru et une stigmatisation associée au fait d'être séropositives, une vie familiale et personnelle perturbée (p. ex. la perte d'intimité, le besoin de dévoiler son statut séropositif dans certaines situations, la crainte d'infecter d'autres personnes, l'isolement, la dépression), des conséquences sur la planification familiale et la grossesse, des rendez-vous médicaux fréquents, les effets secondaires de médicaments (p. ex. l'incidence sur le foie et sur les reins, le fait d'être fatiguées plus facilement, un gain de poids), les coûts liés aux médicaments, la santé compromise (p. ex. des complications d'un problème de santé antérieur, l'insomnie, la perte d'appétit, des nausées), un bien-être compromis en conséquence du fait de vivre avec le VIH (p. ex. les médicaments peuvent ne pas être pleinement efficaces, la crainte que le VIH progresse jusqu'au stade du sida) et la perte d'emploi. Certaines victimes ayant contracté le VIH ont déclaré un fort sentiment d'injustice, de désespoir et de malheur dans leur déclaration de la victime.

### ***Les victimes éprouvent des difficultés liées aux réponses en matière de justice pénale***

Certains représentants des forces de l'ordre ont mentionné que les victimes peuvent se sentir victimisées de nouveau par le processus de justice pénale et se blâmer ou se sentir jugées de ne pas avoir réussi à se protéger contre le risque de contracter le VIH. Par exemple, certaines victimes ont affirmé qu'elles avaient eu l'impression d'être traitées comme des « menteuses » aux valeurs morales discutables par des intervenants du système de justice pénale. Parmi les autres préoccupations des victimes, mentionnons la perte de leur intimité (p. ex. en conséquence de la communication de leurs dossiers médicaux) et les difficultés associées au fait de témoigner à un procès qui implique la divulgation de détails concernant des relations sexuelles intimes. Les victimes ont également déclaré avoir connu des difficultés associées à la préparation en vue des audiences qui sont reportées par la suite, situations vécues comme des « montagnes russes » émotionnelles ayant ajouté à leur anxiété.

Quelques représentants des forces de l'ordre ont également mentionné que les victimes infectées par le VIH craignaient souvent la divulgation publique de leur statut séropositif, même si une ordonnance de non-publication est rendue, et qu'elles éprouvent un intense sentiment d'embarras, de honte et de stigmatisation durant les processus liés à la justice pénale. Un représentant a déclaré que certaines victimes estimaient qu'un accusé ne devrait pas avoir le droit de cacher son statut séropositif en aucune circonstance, y compris lorsque l'activité sexuelle ne pose qu'un risque faible ou négligeable de transmission. Un autre a souligné que certaines victimes sont d'avis que les peines étaient trop clémentes. Les déclarations des victimes révèlent que certaines d'entre elles considéraient que le comportement du délinquant s'assimilait à une tentative de meurtre et voulaient qu'il soit durement puni, alors que d'autres voulaient que le délinquant sache qu'il avait fait quelque chose de mal et qu'il tire une leçon de ses erreurs, mais ne voulaient pas qu'une longue peine d'incarcération lui soit imposée.

## **PARTIE H : RÉSUMÉ DE L'EXAMEN ET CONCLUSIONS**

La partie suivante présente un résumé de l'examen entrepris pour produire le présent rapport, et expose les principales conclusions susceptibles d'être tirées de la vaste révision de la réponse du système de justice pénale à l'égard de la non-divulgation de la séropositivité. Ces conclusions pourraient servir de pratiques exemplaires aux fins de l'élaboration de toute nouvelle réponse aux cas de non-divulgation de la séropositivité.

Voici certains des principaux points qui ressortent de la révision :

- Les systèmes de santé publique et de droit pénal ont des objectifs très différents. Les objectifs en matière de santé publique visent notamment à prévenir la maladie, à prolonger la vie et à promouvoir la santé, alors que le droit pénal a pour objet de contribuer à faire régner la justice, la paix et la sécurité dans la société par la mise en œuvre d'un système de justice pénale destiné à régir de façon équitable et appropriée les comportements répréhensibles qui causent ou menacent de causer un préjudice grave aux individus ou à la collectivité<sup>146</sup>. Puisque le droit criminel est un instrument radical, on ne doit y recourir que lorsque d'autres moyens de contrôle social sont inadéquats ou inappropriés<sup>147</sup>. Comme l'a affirmé la CSC dans la décision *Cuerrier* qu'elle a rendue en 1998, le droit criminel a un rôle à jouer dans les cas mettant en cause des activités sexuelles et la non-divulgence de la séropositivité, lorsque les interventions en santé publique ont échoué et que l'activité sexuelle en cause présente un risque de préjudice grave.
- Le VIH est avant tout un enjeu de santé publique. Comme le démontre la science médicale pertinente, les efforts déployés par les autorités de la santé publique en matière de détection et de traitement du VIH ont donné lieu à une nette amélioration des résultats en matière de santé pour les personnes séropositives au Canada, et à la prévention de la transmission subséquente du VIH. Par conséquent, la promotion du dépistage du VIH, tout particulièrement chez les populations à risque, est essentielle pour prévenir la transmission subséquente du VIH; un dépistage et un traitement précoces améliorent les résultats en matière de santé et préviennent une transmission subséquente par les personnes qui ne sont pas au courant de leur séropositivité.
- Grâce aux efforts du Canada en matière de dépistage et de traitement antirétroviral, la majorité des personnes séropositives au Canada connaissent leur statut sérologique et reçoivent un traitement antirétroviral approprié. L'engagement que le Canada a pris à l'égard des cibles internationales 90-90-90 devrait donner lieu, dans un avenir prochain, à un accroissement du nombre de Canadiens vivant avec le VIH qui connaissent leur séropositivité et reçoivent un traitement. Il n'est donc plus possible de présumer qu'une personne vivant avec le VIH au Canada présente un risque de transmission.
- Selon les statistiques, les personnes de milieux marginalisés, tout particulièrement les personnes autochtones, homosexuelles et de race noire, sont plus susceptibles que d'autres de vivre avec le VIH au Canada. Par conséquent, les lois pénales qui s'appliquent à la non-divulgence de la séropositivité sont susceptibles d'avoir une incidence disproportionnée sur ces groupes. Même si les taux de dépistage ont connu une hausse constante dans toutes les administrations canadiennes où ces renseignements sont disponibles, il est impossible de savoir s'il y a eu une augmentation des taux de dépistage chez les populations vulnérables.
- Toute activité sexuelle, qu'il y ait ou non utilisation d'un condom, avec une personne séropositive qui suit un traitement antirétroviral et maintient une charge virale supprimée (c.-à-d. moins de 200 copies par ml de sang), présente un risque négligeable de transmission.
- Certains types d'activités sexuelles avec une personne séropositive présentent un faible risque de transmission, notamment dans les cas suivants :
  - Relations sexuelles sans utilisation d'un condom ou relations sexuelles anales avec une personne qui suit un traitement, mais qui n'a pas maintenu une charge virale supprimée;

- Relations sexuelles avec utilisation d'un condom avec une personne qui ne suit pas de traitement;
- Relations sexuelles orales avec une personne qui ne suit pas de traitement.
- Toutefois, d'autres facteurs peuvent accroître le risque de ces types d'activités sexuelles qui présentent autrement un faible risque :
  - Dans le cas de personnes qui suivent un traitement, mais qui n'ont pas maintenu une charge virale supprimée, l'adhérence au régime médicamenteux est essentielle pour réduire le risque de transmission;
  - Dans le cas de personnes qui ne suivent pas de traitement, un rapport sexuel isolé, s'il y a eu utilisation efficace d'un condom, ne présentera fort probablement pas un important risque de transmission; cependant, de multiples rapports sexuels échelonnés sur une longue période, présentent des risques plus élevés, tout particulièrement si un condom n'est pas utilisé de façon systématique et efficace;
  - Lorsqu'il y a utilisation d'un condom, mais qu'il se brise, la divulgation de la séropositivité immédiatement après l'exposition permet au partenaire séronégatif d'avoir accès à une prophylaxie postexposition, ce qui réduit considérablement le risque de transmission;
  - Dans le cas de relations sexuelles orales, le sexe oral sans éjaculation et le cunnilingus présentent un risque plus faible que le sexe oral avec éjaculation par la personne séropositive lorsque celle-ci ne suit pas un traitement antirétroviral.
- Le droit pénal s'applique aux personnes séropositives qui omettent de révéler leur séropositivité ou donnent de l'information inexacte au sujet de leur séropositivité avant une activité sexuelle présentant une possibilité réaliste de transmission. Les progrès les plus récents de la science médicale sur la transmission du VIH permettent de déterminer si le critère juridique est satisfait. Ces cas comprennent une vaste gamme de comportements, présentant des niveaux plus élevés ou moindres de culpabilité.
- Les cas de non-divulgation de la séropositivité comportant un niveau plus élevé de culpabilité sont plus susceptibles de mettre en cause des victimes jeunes et de sexe féminin et des délinquants de sexe masculin, ce qui correspond à l'inégalité du rapport de force entre les sexes qui existe dans de nombreux cas d'activités sexuelles forcées.
- Les cas concernant des accusés autochtones et de sexe féminin sont plus susceptibles de comporter des facteurs reflétant des niveaux moindres de culpabilité. De plus, les personnes marginalisées sont plus susceptibles de ne pas avoir accès à des soins de santé et à d'autres services.
- Même si la non-divulgation de la séropositivité entraîne des répercussions à la fois pour les autorités de santé publique et le système de justice pénale, les interventions en santé publique et les réponses du système de justice pénal ne sont souvent pas coordonnées.

Voici les conclusions qui peuvent être tirées de l'information examinée :

- Conformément à la jurisprudence pertinente de la CSC, le droit pénal ne devrait pas s'appliquer aux personnes séropositives qui se livrent à une activité sexuelle sans révéler leur séropositivité lorsqu'elles maintiennent une charge virale supprimée (c.-à-d. de moins de 200 copies par ml de sang) puisque, dans de telles circonstances, le critère de la possibilité réaliste de transmission n'est pas satisfait.

- De façon générale, le droit pénal ne devrait pas s'appliquer aux personnes séropositives qui suivent un traitement, qui ne suivent pas de traitement mais qui utilisent un condom, ou qui ne se livrent qu'à des relations sexuelles orales (à moins qu'il existe d'autres facteurs de risque et que la personne séropositive soit au courant de ces risques) parce que, dans de telles circonstances, le critère de la possibilité réaliste de transmission n'est probablement pas satisfait.
- Des relations sexuelles non protégées avec une personne séropositive qui n'a pas divulgué sa séropositivité ne peuvent plus être considérées comme établissant une preuve *prima facie* d'un cas de non-divulgence de la séropositivité, puisque la preuve relative au traitement antirétroviral et à la charge virale sera toujours pertinente pour déterminer si le critère de la possibilité réaliste de transmission est satisfait. De plus, au Canada, la majorité des personnes séropositives suivent un traitement, ce qui réduit le risque de transmission de manière importante. D'autres types de preuve seront aussi toujours pertinents, notamment la preuve qu'il y a eu utilisation d'un condom de façon efficace et systématique, et que la seule activité sexuelle en cause était celle de relations sexuelles orales.
- Dans les cas où les interventions en santé publique ne réussissent pas à contrer les comportements à risque élevé, le droit pénal a un rôle à jouer pour protéger les personnes susceptibles d'être exposées à la transmission du VIH, ainsi que la population en général. Ce qui exige à la fois la criminalisation de la transmission du VIH et de l'exposition au VIH pour les motifs suivants :
  - Les interventions du droit pénal ne devraient pas dépendre du fait qu'un plaignant a contracté le VIH lorsque la personne séropositive se livre à des activités à risque élevé qui, uniquement par un heureux coup du sort, n'ont pas donné lieu à la transmission du VIH. Dans de telles circonstances, le plaignant qui contracte le VIH et celui qui est exposé au VIH méritent tous deux la protection du droit pénal.
  - Certains cas d'exposition mettant en cause un comportement intentionnel pourraient être plus graves que des cas de transmission avec insouciance; par exemple, des interventions en santé publique sont plus susceptibles d'être efficaces lorsque le comportement irresponsable découle d'un besoin d'aide dans la gestion du VIH, plutôt que d'un désir de satisfaction sexuelle.
- Au Canada, l'approche du droit pénal à l'égard des cas de transmission du VIH et de l'exposition au VIH devrait refléter les divers niveaux de culpabilité en cause, par exemple :
  - Dans les cas de VIH qui comportent des niveaux moindres de culpabilité, lorsqu'une personne a agi avec insouciance et non dans l'intention de transmettre le VIH, l'application d'infractions à caractère non sexuel pourrait refléter de façon plus appropriée l'acte répréhensible commis. Dans de tels cas, l'intention de mettre d'autres personnes en péril strictement à des fins de satisfaction sexuelle n'est pas en jeu;
  - Les cas d'exposition pourraient bien ne pas avoir donné lieu à une transmission parce que la personne séropositive a pris des mesures pour prévenir la transmission (par ex. utilisation de condoms et/ou traitement antirétroviral). Il faut distinguer ces situations de celles où la personne séropositive a tendance à adopter un comportement à risque élevé qui, uniquement par un heureux coup du sort, n'a pas donné lieu à une transmission;
  - Il faudrait envisager d'établir, dans les cas appropriés, des réponses ne relevant pas du droit pénal, tout particulièrement lorsque le comportement à risque élevé découle d'une absence d'accès aux soins de santé et à d'autres services.

- La collaboration entre les responsables de la santé publique et de la justice pénale à toutes les étapes du processus de justice pénale pourrait contribuer à l'obtention de résultats appropriés dans les cas de non-divulgence de la séropositivité. Les autorités de la santé publique pourraient être en possession d'importants renseignements permettant d'établir si une personne dont le cas a été porté à l'attention des responsables de la loi a agi de façon responsable, ce qui peut avoir une incidence sur la décision qui sera prise : faire intervenir ou non le système de justice pénale, appliquer des mesures ne relevant pas du droit pénal ou accorder la protection du droit pénal si nécessaire.
- La sensibilisation du public à la séropositivité en général, et aux risques de transmission du VIH particulièrement, contribuerait à réduire la stigmatisation dont font l'objet les personnes séropositives. La stigmatisation est souvent le résultat d'un manque de connaissances au sujet du VIH et de la façon dont il se transmet.

Toutes ces mesures possibles peuvent être mises en œuvre dans le cadre juridique actuel applicable aux cas de non-divulgence de la séropositivité et contribueraient à assurer que le droit pénal ne s'applique qu'au « comportement associé à un acte fautif et à un préjudice graves »<sup>148</sup>, comme l'a indiqué la CSC. Tout particulièrement, l'élaboration d'énoncés de politique et/ou de lignes directrices en matière de poursuites à travers le pays, portant sur ces éléments, pourrait contribuer à une plus grande uniformité dans l'application du droit. Par ailleurs, une réforme du droit pénal pourrait donner lieu à une plus grande certitude juridique, tout particulièrement en ce qui a trait au rôle des plus récents progrès de la science médicale. Cependant, la réforme législative a une incidence sur la portée du droit pénal, et non sur les décisions quant à la façon de trancher les cas ainsi visés. Par ailleurs, une réforme du droit en la matière nécessiterait vraisemblablement d'édicter des dispositions visant spécifiquement le VIH, ce à quoi de nombreux intervenants s'opposent au motif que de telles dispositions contribueraient à une plus grande stigmatisation des personnes séropositives.

## **ANNEXE 1 : Déclaration de la ministre Wilson-Raybould à l'occasion de la Journée mondiale du sida**

### **Déclaration de la ministre Wilson-Raybould à l'occasion de la Journée mondiale du sida**

Le 1 décembre 2016 – Ottawa (Ont.) - Ministère de la Justice Canada

L'honorable Jody Wilson-Raybould, ministre de la Justice et procureur général du Canada, a émis aujourd'hui la déclaration suivante :

La Journée mondiale du sida nous invite à réfléchir aux effets du VIH/sida sur les Canadiens et à remercier les nombreuses personnes dévouées qui travaillent à prévenir cette maladie et qui aident les personnes atteintes à obtenir les soins et le soutien dont elles ont besoin.

Cette journée nous permet aussi de reconnaître les énormes progrès réalisés par la médecine depuis la première Journée mondiale du sida en 1988. Le traitement du VIH a ralenti la progression de la maladie au point où, pour plusieurs personnes, l'infection par le VIH peut maintenant être considérée comme une maladie chronique et gérable.

Néanmoins, la criminalisation disproportionnée de la non-divulgence de la séropositivité décourage bon nombre de personnes de passer des tests de dépistage et de se faire traiter, et stigmatise davantage les personnes vivant avec le VIH ou le sida. Tout comme le traitement a progressé, le système de justice pénale au Canada doit s'adapter pour mieux refléter les données scientifiques disponibles sur les réalités de cette maladie.

Au cours des prochains mois, j'ai l'intention de travailler avec mes homologues provinciaux et territoriaux, les collectivités touchées et les professionnels de la santé pour examiner la réponse du système de justice pénale à la non-divulgence de la séropositivité. Ce travail pourrait comprendre l'examen des pratiques actuelles de mise en accusation et de poursuite ainsi que le développement possible de lignes directrices en matière de poursuites. J'ai aussi hâte de travailler avec le député Randy Boissonnault, conseiller principal au premier ministre sur les enjeux LGBTQ2, qui fait des efforts constants pour mobiliser les Canadiens sur des questions importantes comme celle-ci.

À l'occasion de la Journée mondiale du sida, nous devrions tous prendre l'engagement de réduire la stigmatisation et la discrimination contre les personnes vivant avec le VIH ou le sida.



---

<sup>1</sup> La charge virale indique combien de copies du VIH se trouvent dans un échantillon d'un millilitre de sang. Le test de charge virale est un moyen d'estimer la quantité du virus dans le sang. Il est utilisé pour surveiller la fonction immunitaire et pour vérifier si le traitement du VIH fonctionne.

<sup>2</sup> ONUSIDA, [90-90-90 Une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du sida](#), JC2684, Octobre 2014 à la p 1, disponible en ligne.

<sup>3</sup> Société canadienne du sida, « [La transmission du VIH : Les facteurs qui affectent le risque biologique](#) » (11 février 2013) à la p 2, disponible en ligne [Société canadienne du sida, « La transmission du VIH: Facteurs »].

<sup>4</sup> Agence de la santé publique du Canada, « [Résumé: mesurer les progrès réalisés par le Canada en ce qui concerne les cibles 90-90-90 pour le VIH](#) », par la Division de la surveillance et de l'épidémiologie, Division des lignes directrices professionnelles et des pratiques de santé publique, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections (Ottawa: ASPC, 2017) à la p 3, disponible en ligne.

<sup>5</sup> Agence de la santé publique du Canada, [Le VIH au Canada : tableaux sommaires de surveillance pour 2014-2015](#), Ottawa: ASPC, 2014-15, disponible en ligne.

<sup>6</sup> Agence de la santé publique du Canada, [Résumé : Estimations de l'incidence de la prévalence, et de la proportion non diagnostiquée au VIH au Canada, 2014](#), Ottawa: ASPC, 2014, disponible en ligne.

<sup>7</sup> *Ibid.*

<sup>8</sup> Jacek Skarbinski et al, « [Human Immunodeficiency Virus Transmission at Each Step of the Care Continuum in the United States](#) » (2015) 175:4 JAMA Intern Med 588 à la p 590, disponible en ligne.

<sup>9</sup> Bluma G Brenner et al, « High rates of forward transmission events after acute/early HIV-1 infection » (2007) 195:7 J Infect Dis 951 à la p 957.

<sup>10</sup> Statistique Canada, [Tableau 102-0521 Décès, selon la cause, Chapitre I : Certaines maladies infectieuses et parasitaires \(A00 à B99\), le groupe d'âge et le sexe, Canada](#), CANSIM, disponible en ligne.

<sup>11</sup> Agence de la santé publique du Canada, [Le VIH et le sida au Canada – Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2014](#), Ottawa: ASPC, 2014, à la p 95, disponible en ligne.

<sup>12</sup> Les risques de transmission sont fréquemment exprimés dans les études en nombre de transmissions par nombre de personnes-années. Une personne-année est l'équivalent de suivre une personne pour une année. Par exemple, le risque de transmission par 100 personnes-années représente le nombre de transmissions que l'on pourrait s'attendre à observer si l'on suivait 100 couples pendant un an chacun, ou dix couples pendant dix ans chacun.

<sup>13</sup> CC Cheung et al, « [Reductions in all-cause and cause-specific mortality among HIV-infected individuals receiving antiretroviral therapy in British Columbia, Canada: 2001–2012](#) » (2016) 17 HIV Medicine 694 à la p 694 [CC Cheung et al, « Reductions »].

<sup>14</sup> British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS, « [HIV Monitoring Quarterly Report for British Columbia](#) » (2015) à la p 14, disponible en ligne.

<sup>15</sup> Saskatchewan, Ministère de la Santé, Direction de la santé et des populations, [HIV Prevention and Control Program Report for 2015](#) (2015).

<sup>16</sup> Ontario HIV Epidemiologic Monitoring Unit, [Number of HIV tests and positivity rate by year of test, Ontario, 1996 to 2013](#), disponible en ligne.

<sup>17</sup> Québec, Institut National de Santé Publique du Québec, [Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine \(VIH\) au Québec](#), Rapport annuel (2014), à la p 6, disponible en ligne.

---

<sup>18</sup> Agence de la santé publique du Canada, *Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Personnes vivant avec le VIH/sida*, Ottawa, 2013, disponible en ligne.

<sup>19</sup> Voir aussi Judith G. Rabkin, « HIV and depression: 2008 review and update » (2008) 5:4 Behavioral Aspects of HIV Management 163; Maria Giulia Nanni et al., « Depression in HIV Infected Patients: a Review » (2015) 17 Complex Medical-Psychiatric Issues 530; Stylianos Arseniou, Aikaterini & Maria Samakouri, « HIV infection and depression » (2013) 68:2 Psychiatry and Clinical Neurosciences 96; Ellen M. Tedaldi, Nancy L Minniti et Tracy Fischer, « HIV-Associated Neurocognitive Disorders: The Relationship of HIV Infection with Physical and Social Comorbidities » (2015) 2015 BioMed Research International; David S. Bennett et al., « Shame among people living with HIV: a literature review » (2015) 28:1 AIDS Care 87; Keira Lowther et al., « Experience of persistent psychological symptoms and perceived stigma among people with HIV on antiretroviral therapy (ART): A systematic review » (2014) 51:8 International Journal of Nursing Studies 1171; Jeffrey S Gonzalez et al, « Depression and HIV/AIDS Treatment Non-adherence: A Review and Meta-analysis » (2013) 58:2 J Acquir Immune Defic Syndr 10; P Bravo et al., « Tough decisions faced by people living with HIV: a literature review of psychosocial problems » (2010) 12:2 AIDS Rev 76; Roger C McIntosh & Monica Rosselli, « Stress and Coping in Women Living with HIV: A Meta-Analytic Review » (2012) 16:8 AIDS and Behaviour 2144; Alexandra Sawyer, Susan Ayers & Andy P Field, « Posttraumatic growth and adjustment among individuals with cancer or HIV/AIDS: A meta-analysis » (2010) 30:4 Clinical Psychology Review 436; Ingrid T Katz et al., « Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis » (2013) 16:2 Journal of the International AIDS Society 1.

<sup>20</sup> Société canadienne du sida, « La transmission du VIH: Facteurs », *supra* note 3 à la p 22.

<sup>21</sup> CATIE, « [Le VIH au Canada : Guide d'introduction pour les fournisseurs de services](#) » (avril 2015), disponible en ligne.

<sup>22</sup> Sachin Jain & Kenneth H Mayer, « Practical guidance for nonoccupational postexposure prophylaxis to prevent HIV infection: an editorial review » (2014) 28:11 AIDS 1545 à la p 1545.

<sup>23</sup> Un aperçu des examens systématiques a été établi, dans le cadre d'une recherche allant de 2007 à mars 2017, qui a permis de relever 1 414 références qui ont été passées au crible pour identifier douze examens systématiques pertinents. Une mise à jour des principales publications, fondée sur examens systématiques antérieurs a été effectuée relativement à l'effet des TAR, ayant comporté des recherches allant de novembre 2012 à avril 2017. Cette recherche a permis de relever 7 266 références qui ont été passées au crible pour relever sept études, qui ont été combinées à des études tirées d'examen systématiques antérieurs, en vue d'obtenir un échantillon final de onze études (englobant des publications qui avaient l'objet d'une recherche avant le TARc).

<sup>24</sup> Société canadienne du sida, « [La transmission du VIH : guide d'évaluation du risque](#) » (2004) 5<sup>e</sup> ed, aux pp 19-20, disponible en ligne.

<sup>25</sup> *Ibid* à la p 20.

<sup>26</sup> CC Cheung et al, « Reductions », *supra* note 13.

<sup>27</sup> *Ibid*.

<sup>28</sup> *Ibid*.

<sup>29</sup> Pragna Patel et al., « Estimating per-act HIV transmission risk: A systematic review » (2014) 28:10 AIDS 1509 à la p 1509.

<sup>30</sup> LF Wood et al., « The Oral Mucosa Immune Environment and Oral Transmission of HIV/SIV » (2013) 254:1 Immunological Reviews 34.

<sup>31</sup> *Ibid*.

<sup>32</sup> J Montaner, S Guillemi & M Harris, pour le Committee for Drug Evaluation and Therapy, British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS, *Therapeutic guidelines for antiretroviral (ARV) treatment of adult HIV infection*, (septembre 2015); G Robbins et al., « Predicting virologic failure in an HIV clinic » (2010) 1:50 Clin Infect Dis 779.

---

<sup>33</sup> Centers for Disease Control and Prevention, *Condom effectiveness - Fact sheet for public health personnel*, (2013), disponible en ligne.

<sup>34</sup> Agence de la santé publique du Canada, *Résumé : Estimations de l'incidence de la prévalence, et de la proportion non diagnostiquée au VIH au Canada, 2014* (2015).

<sup>35</sup> Voir, par exemple, *R c lamkhong*, 2009 ONCA 478 [*lamkhong*] et *R c Booth*, 2005 ABPC 137 [*Booth*], respectivement.

<sup>36</sup> « ...ne constitue pas un consentement le fait pour le plaignant de se soumettre ou de ne pas résister en raison ... de la fraude » (alinéa 265(3)c) du *Code criminel*.

<sup>37</sup> Ces facteurs reflètent le critère énoncé dans *R c Cuerrier*, [1998] 2 SCR 371 [*Cuerrier*].

<sup>38</sup> Voir tout particulièrement *R c Mabior*, 2012 CSC 47 aux para 2 et 92 [*Mabior*].

<sup>39</sup> *Ibid*, au para 104.

<sup>40</sup> *Ibid*, au para 105.

<sup>41</sup> *Ibid*, au para 104.

<sup>42</sup> *R c Felix*, 2013 ONCA 415 aux para 48 et 57 [*Felix*] : [TRADUCTION] « Dans ces circonstances, les questions de la charge virale exacte de l'appelant au moment de l'activité sexuelle avec les plaignants, et le degré de risque de transmission du VIH posé en raison de la charge virale, ne sont pas pertinents. La nature de la charge virale de l'appelant au moment en question ne peut changer le fait que, suivant les conclusions du juge de première instance, l'appelant était séropositif au moment des rapports sexuels et avait omis d'utiliser un condom... Suivant le critère établi dans *Mabior*, même si la preuve avait établi que l'appelant avait une faible charge virale au moment des rapports sexuels..., une possibilité réaliste de transmission du VIH n'aurait pas été écartée. »

<sup>43</sup> *R c Murphy*, [2013] CarswellOnt 11952 aux para 70-71; la Cour cite les passages susmentionnés de la décision *Felix* à titre de précédent.

<sup>44</sup> Voir *R c C (J.T.)*, 2013 NSPC 105 au para 85 [*J.T.C.*] : [TRADUCTION] « Il doit y avoir une possibilité réaliste de transmission. Celle-ci est écartée par une faible charge virale et l'utilisation d'un condom. Le tribunal n'indique pas que c'est la seule façon de l'écarter. Il ne dit pas qu'un avis d'expert qui établit que le risque de transmission dans un cas particulier est effectivement nul n'est pas pertinent. Cela équivaldrait à dire que les faits importent peu et qu'une personne atteinte du VIH est présumée infectieuse en dépit des faits [...] [*Mabior* et *D.C.*] ne visaient pas à mon avis à remplacer des faits scientifiques par des conclusions juridiques. »

<sup>45</sup> Voir *R c Thompson*, 2016 NSSC 257 au para 14; la cour a suivi la décision dans *J.T.C.* : [TRADUCTION] « Je ne suis pas lié par les décisions *JTC* et *Felix*. Cependant, je préfère et j'accepte l'approche adoptée par le juge Campbell dans *JTC*. À mon avis, elle est compatible avec l'interprétation de *Mabior* portant que l'accusé peut avoir l'obligation tactique de soulever un doute raisonnable une fois que le poursuivant a fait une preuve *prima facie*. Cette approche reflète également la mise en garde faite dans *Mabior* selon laquelle d'autres facteurs de risque pourraient donner lieu à une conclusion différente que celle découlant de la preuve dans *Mabior*. Je suis d'accord avec le juge Campbell pour affirmer que la Cour suprême du Canada ne donnait pas instruction aux juges de première instance de faire fi de la preuve et de conclure à une possibilité réaliste de transmission lorsqu'un tel risque est hypothétique ou négligeable. »

<sup>46</sup> *Ibid*.

<sup>47</sup> Voir *R v Schenkels*, 2017 MBCA 62 [*Schenkels*]; en juin 2017, la Cour d'appel du Manitoba a maintenu une déclaration de culpabilité relative à une agression sexuelle grave dans un cas de transmission du VIH.

<sup>48</sup> *R c C.B.*, 2017 ONCJ 545 au para 10.

<sup>49</sup> *Ibid*, aux para 80-88.

<sup>50</sup> Les décisions *Cuerrier* et *R c Williams*, 2003 CSC 41 [*Williams* CSC] portaient sur des accusations de voies de fait graves; dans les décisions *Mabior* et *D.C.*, il s'agissait d'accusations relatives à des agressions sexuelles graves.

---

<sup>51</sup> *Mabior*, *supra* note 38 au para 2.

<sup>52</sup> Voir *Krieger c Law Society of Alberta*, 2002 CSC 65, aux para 44 à 47; la CSC a mentionné, dans un autre contexte, que d'autres organes du gouvernement ne peuvent s'ingérer dans l'exercice du pouvoir discrétionnaire en matière de poursuites, notamment en ce qui a trait aux accusations à porter dans le cadre d'une poursuite : « Dans notre système gouvernemental, c'est le souverain qui a le pouvoir de poursuivre ses sujets. Les autres organes du gouvernement ne peuvent pas modifier une décision que le procureur général ou l'un de ses mandataires a prise dans l'exercice du pouvoir que le souverain lui a délégué. Par conséquent, les tribunaux, les autres membres de l'exécutif et les organismes créés par une loi, tels les barreaux des provinces, font preuve de retenue à l'égard de l'exercice du pouvoir discrétionnaire en matière de poursuites. [...] Fait important, le point commun entre les divers éléments du pouvoir discrétionnaire en matière de poursuites est le fait qu'ils comportent la prise d'une décision finale quant à savoir s'il y a lieu d'intenter ou de continuer des poursuites ou encore d'y mettre fin, d'une part, et quant à l'objet des poursuites, d'autre part. Autrement dit, le pouvoir discrétionnaire en matière de poursuites vise les décisions concernant la nature et l'étendue des poursuites ainsi que la participation du procureur général à celles-ci ».

<sup>53</sup> *Cuerrier*, *supra* note 37 au para 141, cité dans *R c Williams*, 2006 ONCJ 484 [*Williams*, 2006]; *R c McGregor*, 2008 ONCA 831 [*McGregor*]; *R c Ralph*, 2014 ONSC 2800 [*Ralph*]; *R c Kaotalok*, 2013 NWTSC 36 [*Kaotalok*]. Voir aussi *Cuerrier*, *supra* note 37 au para 142, cité dans *R v Miron*, [2000] MJ No 500, 174 Man R (2d) 52 (Man Prov Ct) [*Miron*]; *R c Lamirande*, 2006 MBCA 71 [*Lamirande*]; *R c Kaonga*, [2008] CarswellMan 684 [*Kaonga*]; *R c Walkem*, [2007] CarswellOnt 247 [*Walkem*]; *R c Bruneau*, [2010] OJ No 4600 (ONCJ) [*Bruneau*]; *R c Williams*, 2001 NFCA 52 [*Williams*, 2001].

<sup>54</sup> *Mabior*, *supra* note 38 aux para 45 et 48. Voir aussi *R c Hutchinson*, 2014 CSC 19 au para 19: « Le besoin de modération et de certitude, notions qui ne concordent pas toujours avec la protection absolue de l'autonomie sexuelle, a influencé la façon dont le droit envisage la question du consentement, particulièrement lorsque celui-ci résulte d'une tromperie. »

<sup>55</sup> *Mabior*, *supra* note 38, au para 89.

<sup>56</sup> *Ibid*, au para 67.

<sup>57</sup> *Ibid*, au para 87.

<sup>58</sup> Un « cas » vise, de façon générale, un accusé et un ensemble de circonstances. Toutes les décisions judiciaires relatives à cet accusé et aux circonstances ayant mené aux accusations ont été comptabilisées sous le même « cas » (décisions dans le cadre du procès, de la détermination de la peine et d'un appel, décisions liées à la preuve et de nature procédurale, etc.). Dans certains cas, le même accusé fait l'objet de plus d'un « cas » parce que les circonstances menant aux accusations étaient distinctes, ou que les accusations ont été séparées à la demande de l'accusé et tranchées séparément.

<sup>59</sup> Chaque chef d'accusation ayant donné lieu à une déclaration de culpabilité est comptabilisé.

<sup>60</sup> *R c J.U.*, 2011 ONCJ 457 [*J.U.*]; *R c Thomas*, 2012 ONSC 1201 [*Thomas*]; *R c Krouglov*, 2017 ONCA 197 [*Krouglov*]; *Mabior*, *supra* note 38; *Williams*, CSC, *supra* note 50; *R c Nduwayo*, 2010 BCSC 1277 [*Nduwayo*]; *R c Nyoni*, 2014 BCSC 1074 [*Nyoni*]; *McGregor*, *supra* note 53; *Cuerrier*, *supra* note 37; *Miron*, *supra* note 53; *Kaonga*, *supra* note 53; *R c Leone*, certains renseignements publiés à *Leone c Canada*, 2016 CF 980 [*Leone*]; *R c Aziga*, 2011 ONSC 4592 [*Aziga*]; *Felix*, *supra* note 42; *R c Ralph*, *supra* note 53; *R c DeBlois*, [2005] Carswell Ont 1551 [*DeBlois*]; *Walkem*, *supra* note 53.

<sup>61</sup> *R c Boone*, 2016 ONSC 1626 [*Boone*]; *Nduwayo*, *supra* note 60; *Nyoni*, *supra* note 60; *Miron*, *supra* note 53; *Kaonga*, *supra* note 53; *Aziga*, *supra* note 60.

<sup>62</sup> *Cuerrier*, *supra* note 37; *R c Smith*, 2004 BCPC 384 [*Smith*, 2004]; *Nduwayo*, *supra* note 60; *R c Mzite*, 2011 BCCA 267 [*Mzite*]; *Nyoni*, *supra* note 60; *R c Smith*, [2007] SJ No 150 [*Smith*, 2007]; *Miron*, *supra* note 53; *Williams*, 2006, *supra* note 53; *Walkem*, *supra* note 53; *Leone*, *supra* note 60; *R c lamkhong*, *supra* note 35; *Bruneau*, *supra* note 53; *R c Tippeneskum*, 2011 ONCJ 219 [*Tippeneskum*]; *Thomas*, *supra* note 60; *Krouglov*, *supra* note 60; *R c Trott*,

---

2010 BCSC 766 [JAT]; *Ralph*, *supra* note 53; *R v Thery*, [2012] CarswellQue 9375 [*Thery*]; *McGregor*, *supra* note 53; *Williams*, 2001, *supra* note 53; *R c Courcy*, 2017 QCCQ 4348 [*Courcy*]; *Aziga*, *supra* note 60.

<sup>63</sup> *R c Boone*, *supra* note 61; *Nduwayo*, *supra* note 60.

<sup>64</sup> *Aziga*, *supra* note 60; *Nduwayo*, *supra* note 60; *Mzite*, *supra* note 62; *Nyoni*, *supra* note 60; *Booth*, *supra* note 35; *DeBlois*, *supra* note 60; *Walkem*, *supra* note 53; *Leone*, *supra* note 60; *R c lamkhong*, *supra* note 35; *Tippeneskum*, *supra* note 62; *Boone*, *supra* note 61; *Ralph*, *supra* note 53; *R c Ngeruka*, 2015 YKTC 22 [*Ngeruka*]; *Krouglov*, *supra* note 60; *R c Tshibamba Muntu*, 2017 QCCQ 4299.

<sup>65</sup> *Nduwayo*, *supra* note 60; *Mzite*, *supra* note 62; *Leone*, *supra* note 60; *Aziga*, *supra* note 60; *Tippeneskum*, *supra* note 62; *R v L (J.M.)*, 2007 BCPC 341 [JML]; *Miron*, *supra* note 53; *Nyoni*, *supra* note 60; *Smith*, 2007, *supra* note 62; *Aziga*, *supra* note 60; *Bruneau*, *supra* note 53; *Ralph*, *supra* note 53; *Thery*, *supra* note 62; *Boone*, *supra* note 61.

<sup>66</sup> *Boone*, *supra* note 61; *Ralph*, *supra* note 53; *Krouglov*, *supra* note 60; *Smith*, 2004, *supra* note 62; *Nduwayo*, *supra* note 60; *JML*, *supra*; *Nyoni*, *supra* note 60; *Miron*, *supra* note 53; *Lamirande*, *supra* note 53; *Aziga*, *supra* note 60; *DeBlois*, *supra* note 60; *Williams*, 2006, *supra* note 53; *Walkem*, *supra* note 53; *Felix*, *supra* note 42; *Ralph*, *supra* note 53.

<sup>67</sup> *Felix*, *supra* note 42; *Boone*, *supra* note 61; *Ralph*, *supra* note 53; *Krouglov*, *supra* note 60; *Lamirande*, *supra* note 53; *Mabior*, *supra* note 38; *Nduwayo*, *supra* note 60; *Leone*, *supra* note 60; *R c Biron*, 2014 QCCQ 8115 [*Biron*].

<sup>68</sup> *R c Rollo*, 2011 BCPC 283 [ATR]; *Schenkels*, *supra* note 47; *R v J.M.*, [2005] OJ No. 5649 [JM]; *J.U.*, *supra* note 60; *Ngeruka*, *supra* note 64; *Kaotalok*, *supra* note 53.

<sup>69</sup> *Bruneau*, *supra* note 53; *Tippeneskum*, *supra* note 62; *Kaotalok*, *supra* note 53; *Ngeruka*, *supra* note 64; *Schenkels*, *supra* note 47; *Williams*, 2006, *supra* note 53; *Biron*, *supra* note 67.

<sup>70</sup> *Schenkels*, *supra* note 47; *JM*, *supra* note 68; *Williams*, 2006, *supra* note 53; *McGregor*, *supra* note 53; *JU*, *supra* note 60; *R c Washington*, [2016] OJ No 3253; *Kaotalok*, *supra* note 53; *R c D.C.*, 2012 CSC 48, confirmant 2010 QCCA 2289 [D.C.].

<sup>71</sup> *ATR*, *supra* note 68; *Schenkels*, *supra* note 47; *JM*, *supra* note 68; *DeBlois*, *supra* note 60; *Williams*, 2006, *supra*; *Bruneau*, *supra* note 53; *Tippeneskum*, *supra* note 62; *Washington*, *supra*; *Biron*, *supra* note 67; *Kaotalok*, *supra*; *Courcy*, *supra* note 62.

<sup>72</sup> *ATR*, *supra* note 68; *Leone*, *supra* note 60.

<sup>73</sup> *JAT*, *supra* note 62.

<sup>74</sup> *D.C.*, *supra* note 70.

<sup>75</sup> Voir notamment *Mabior*, *supra* note 38; le critère juridique applicable qui établit quand il y doit y avoir divulgation de la séropositivité avant une activité sexuelle.

<sup>76</sup> Réseau juridique canadien VIH/sida, feuillet d'information, « [Le droit criminel et la non-divulgence du VIH au Canada](#) » (2014), disponible en ligne [Réseau juridique canadien VIH/sida, « Le droit criminel et la non-divulgence du VIH »]; Positive Living Society of British Columbia, « The Need for New Charge Assessment Guidelines: HIV Non-Disclosure in British Columbia » (11 juin 2014), disponible en ligne [Positive Living, « The Need for New Charge Assessment Guidelines »]; HIV & AIDS Legal Clinic Ontario (HALCO) et Réseau juridique canadien VIH/sida, « [The criminalization of HIV non-disclosure : Recommendations for police](#) », Présentations au Comité de la diversité de l'Association des chefs de police de l'Ontario, disponible en ligne [HALCO & Réseau juridique canadien VIH/sida « Recommendations for police »]; Isabel Grant, « [The Over-Criminalization of Persons with HIV](#) » (2013) 63:3 UTLJ 475, disponible en ligne [Grant, « Over-criminalization »].

<sup>77</sup> Grant, « Over-Criminalization », *supra* note 76 aux pp 478-480.

<sup>78</sup> Colin Hastings, Cécile Kazatchkine et Eric Mykhalovskiy, feuillet d'information, [La criminalisation du VIH au Canada : Tendances clés et particularités](#) (Réseau juridique canadien VIH/sida, 17 mars 2017), disponible en ligne.



---

<sup>79</sup> HIV&AIDS Legal Clinic Ontario (HALCO) & Réseau juridique canadien VIH/sida, « [Exploring Avenues to Address Problematic Prosecutions against People Living with HIV in Canada](#) », (mars 2017), disponible en ligne [HALCO & Réseau juridique canadien VIH/sida, « Exploring Avenues »]; Groupe de travail ontarien sur le droit criminel et l'exposition au VIH, « [Ontario Ministers Roundtable: Exploring avenues to address problematic prosecutions against people living with HIV in Ontario](#) », (5 décembre 2016), disponible en ligne; Cécile Kazatchkine, « HIV Non-Disclosure and the Criminal Law: An Analysis of two Recent Decisions of the Supreme Court of Canada » (2013) 60 Crim L Q 30 à la p 38.

<sup>80</sup> Tel que résumé dans Eric Mykhalovskiy, « The public health implications of HIV criminalization: past, current, and future research directions », (2015) 25:4 Critical Public Health 373 à la p 375 [Mykhalovskiy, « Public health implications of HIV criminalization »]; voir aussi Mona Loutfy et al., « [Canadian consensus statement on HIV and its transmission in the context of criminal law](#) » (2014) 25:3 Canadian J Infect Dis & Med Microbiol 135; ONUSIDA, [Ending overly broad criminalization of HIV non-disclosure, exposure and transmission: Critical scientific, medical and legal considerations](#), JC2351E, mai 2013 [ONUSIDA, « Ending overly broad criminalization »]; Erin Dej et Jennifer M. Kilty, « Criminalization Creep: A Brief Discussion of the Criminalization of HIV/AIDS Non-disclosure in Canada » (2012) 27:1 Can J.L. & Soc. 55 [Dej, « Criminalization Creep »]; HALCO et Réseau juridique canadien VIH/sida, « Recommendations for police », *supra* note 76; ONUSIDA, [Criminalisation of HIV Non-Disclosure, Exposure and Transmission: Background and Current Landscape, Background paper](#), février 2012, à la p 28 [ONUSIDA, [Criminalisation of HIV Non-Disclosure](#)].

<sup>81</sup> Grant, « Over-Criminalization », *supra* note 76; Kim Shayo Buchanan, « [When is HIV a Crime? Sexuality, Gender and Consent](#) » (2015) 99 Minn L Rev 1231 [Shayo Buchanan, « When is HIV a Crime? »]; HALCO & Réseau juridique canadien VIH/sida, « Exploring Avenues », *supra* note 79; Positive Living, « The Need for New Charge Assessment Guidelines », *supra* note 76 aux pp 12-13; Eric Mykhalovskiy, Glenn Betteridge et David McLay, « [HIV Non-Disclosure and the Criminal Law: Establishing Policy Options for Ontario](#) » (2010) à la p 52, disponible en ligne [Mykhalovskiy, Betteridge & McLay, « Establishing Policy Options for Ontario »].

<sup>82</sup> Positive Living, « The Need for New Charge Assessment Guidelines », *supra* note 76; Mykhalovskiy, Betteridge & McLay, « Establishing Policy Options for Ontario », *supra* note 81 à la p 49.

<sup>83</sup> Réseau juridique canadien VIH/sida, « Criminal Law & HIV », *supra* note 76; HALCO et Réseau juridique canadien VIH/sida, « Recommendations for police », *supra* note 76 à la p 12; Réseau juridique canadien VIH/sida, feuillet d'information, « [Les femmes et la criminalisation de la non-divulgence de la séropositivité au VIH](#) » (2017), disponible en ligne [Réseau juridique canadien VIH/sida, « Les femmes et la criminalisation »]; Réseau juridique canadien VIH/sida, feuillet d'information, « [La criminalisation du VIH au Canada : Contexte actuel et plaidoyer](#) » (16 décembre 2016), disponible en ligne.

<sup>84</sup> Réseau juridique canadien VIH/sida, feuillet d'information, « [La criminalisation du VIH au Canada : contexte actuel et plaidoyer](#) » (16 décembre 2016), disponible en ligne; Akim Adé Larcher et Alison Symington, « [Criminels et victimes? L'impact de la criminalisation du non-dévoilement du statut VIH sur les communautés africaines, caraïbéennes et noires de l'Ontario](#) » (Conseil des Africains et Caraïbéens sur le VIH/sida en Ontario : novembre 2010); Eric Mykhalovskiy et Glenn Betteridge, « [Who? What? Where? When? And with What Consequences?: An Analysis of Criminal Cases of HIV Non-disclosure in Canada](#) » (2012) 27 Canadian Journal of Law & Society 31, disponible en ligne [Mykhalovskiy, « Who? What? Where? » ]; Cécile Kazatchkine et Sandra Ka Hon Chu, « [We need to address the unique and complex issues of Indigenous people living with HIV](#) », (10 avril 2016) CATIE (blogue), disponible en ligne; Judy Mill et al., « [Challenging Lifestyles: Aboriginal Men and Women Living with HIV](#) », (2008) 5 Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health 151.

<sup>85</sup> Réunion entre des représentants du cabinet de la ministre de la Justice et des intervenants, le 9 février 2017; Mykhalovskiy, Betteridge et McLay, « Establishing Policy Options for Ontario », *supra* note 76, à la p 57; Alison Symington, « [Que signifie réellement « consentir »? Repenser la non-divulgence du VIH et l'agression sexuelle](#) », (Réseau juridique canadien VIH/sida : 25 février 2016) à la p 9, disponible en ligne; Réseau juridique canadien VIH/sida, [Faire face à la criminalisation de l'exposition au VIH ou de sa transmission : Ressources pour avocats et militants](#), disponible en ligne; Alexander McClelland, Université Concordia, « [The Criminalization of HIV Non-Disclosure & Exposure: Impacts of Legal Violence on the Lives of People Living with HIV](#) » (2017).

---

<sup>86</sup> Aziza Ahmed et al., « Criminalising consensual sexual behaviour in the context of HIV: Consequences, evidence, and leadership » (2011) 6:3 Global Public Health S357 à S362; Sarah L Drummond, « [Criminalizing HIV Transmission and Exposure in Canada: A Public Health Evaluation](#) » (2011) 19:2 Health Law Review 28 à la p 33; Martin French, « Counselling anomie: clashing governmentalities of HIV criminalisation and prevention » (2014) 25:4 Critical Public Health 427 à la p 432; C. L. Galletly & S.D. Pinkerton, « [Conflicting messages: How criminal HIV disclosure laws undermine public health efforts to control the spread of HIV](#) » (2006) 10:5 AIDS and Behavior 451; Ciann Wilson, « The Impact of the Criminalization of HIV Non-Disclosure on the Health and Human Rights of ‘Black’ Communities » (2013) 1 Health Tomorrow 109; Mykhalovskiy, « Public health implications of HIV criminalization », *supra* note 80 à la p 377; International Community of Women Living with HIV, « [Criminalization of Women Living with HIV: Non-Disclosure, Exposure, And Transmission](#) » (mai 2015) à la p 2, disponible en ligne; Cécile Kazatchkine, « HIV Non-Disclosure and the Criminal Law: An Analysis of two Recent Decisions of the Supreme Court of Canada » (2013) 60 Crim LQ 30 à la p 40; Alison Symington, « Injustice Amplified by HIV Non-Disclosure Ruling » (2013) 63 UTLJ 485 à la p 486; les critiques émises par certains chercheurs du domaine de la santé publique sont résumés dans Shayo Buchanan, « When is HIV a Crime? », *supra* note 81 aux pp 1241-48; Mykhalovskiy, « The public health », *supra*; Mark A. Wainberg, « [HIV transmission should be decriminalized: HIV prevention programs depend on it](#) » (2008) 5 Retrovirology 108; HALCO & Réseau juridique canadien VIH/sida, « Exploring Avenues », *supra* note 79 à la p 4; Réseau juridique canadien VIH/sida, « Les femmes et la criminalisation », *supra* note 83 à la p 2; HALCO & Réseau juridique canadien VIH/sida, « Recommendations for police », *supra* note 76 à la p 6; Positive Living, « The Need for New Charge Assessment Guidelines », *supra* note 76; ATHENA Network, « [10 raisons pour lesquelles la criminalisation de l’exposition ou la transmission du VIH endommage les femmes](#) » (2009), disponible en ligne; Union Interparlementaire, *Des lois efficaces pour en finir avec le VIH et le sida: agir au Parlement*, (2013) aux pp 6, 12 et 16, disponible en ligne; ONUSIDA, *The Gap Report* (16 juillet 2014), à la p 137, disponible en ligne; ONUSIDA, « Criminalisation of HIV Non-Disclosure », *supra* note 80 aux pp 23 et 25; Richard Elliott, *Criminal Law Public Health and HIV Transmission: A Policy Options Paper* (ONUSIDA : 2002) aux pp 5 et 7, disponible en ligne [Richard Elliott, ONUSIDA « Policy Options Paper »].

<sup>87</sup> ONUSIDA, *Criminalisation of HIV Non-Disclosure*, *supra* note 80 à la p 23.

<sup>88</sup> Mykhalovskiy, « Public health implications of HIV criminalization », *supra* note 80; Kyle Kirkup, « Releasing Stigma: Police, Journalists and Crimes of HIV Non-Disclosure » (2014) 46 Ottawa L Rev 127; A Persson, « ‘I don’t blame that guy that gave it to me’: contested discourses of victimisation and culpability in the narratives of heterosexual women infected with HIV » (2014) 26:2 AIDS Care 233; A Persson et C Newman, « Making monsters: heterosexuality, crime and race in recent Western media coverage of HIV » (2008) 30:4 Sociology of Health & Illness 632; Patrick O’Byrne, « The potential effects of a police announcement about an HIV nondisclosure: a case analysis » (2011) 12:1 Policy, Politics and Nursing Practice 53; Patrick O’Byrne et al., « [Nondisclosure prosecutions and population health outcomes: examining HIV testing, HIV diagnoses, and the attitudes of men who have sex with men following nondisclosure prosecution media releases in Ottawa, Canada](#) » (2013) 13:94 BMC Public Health, disponible en ligne; Barry D. Adam et al., « HIV positive people’s perspectives on Canadian criminal law and non-disclosure » (2016) 31 Can JL & Society 1.

<sup>89</sup> Mykhalovskiy, « Public health implications of HIV criminalization », *supra* note 80 à la p 374; Isabel Grant, « The Boundaries of the Criminal Law: the Criminalization of the Non-disclosure of HIV » (2008) 31 Dalhousie LJ 123 [Grant, « Boundaries of Criminal Law »].

<sup>90</sup> Réseau juridique canadien VIH/sida et Coalition interagence sida et développement, « [Répondre aux comportements à risque pour le VIH : un rôle pour les politiques et lois de santé publique](#) » (septembre 2010), disponible en ligne.

<sup>91</sup> Mykhalovskiy, Betteridge et McLay, « Establishing Policy Options for Ontario », *supra* note 81 à la p 58.

<sup>92</sup> Le Comité des Nations Unies pour l’élimination de la discrimination à l’égard des femmes (CEDAW), en conformité avec les recommandations d’ONUSIDA, recommande que ne soit criminalisée que la transmission intentionnelle du VIH, et a exprimé son appui à l’égard de l’intention du Canada de revoir le recours et l’application du droit pénal aux questions liées au VIH. Nations Unies, Comité pour l’élimination de la discrimination à l’égard des femmes (CEDAW), *Observations finales sur les huitième et neuvième rapports combinés du Canada* (2016), à la p 17; Mykhalovskiy, « Who? What? Where? », *supra* note 84 aux pp 50-51.

---

<sup>93</sup> Scott Burris, Edwin Cameron et Michaela Clayton, *The Criminalization of HIV: Time for an Unambiguous Rejection of the Use of Criminal Law to Regulate the Sexual Behavior of those with and at Risk of HIV* (2008), disponible en ligne (une version abrégée est publiée dans Scott Burris et Edwin Cameron, « The Case Against Criminalization of HIV Transmission » (2008) 300 JAMA); W Brown, J Hanefeld & J Welsh, « Criminalising HIV transmission: Punishment without protection » (2009) 17: 34 Reproductive Health Matters 119; R Jurgens et al., « Ten reasons to oppose the criminalization of HIV exposure or transmission » (2009) 17:34 Reproductive Health Matters 163; Philip B Berger, « Prosecuting for knowingly transmitting HIV is warranted » (2009) 180:13 CMAJ 1368.

<sup>94</sup> ONUSIDA, « Ending overly broad criminalization », *supra* note 80 aux pp 22-23.

<sup>95</sup> *Ibid* à la p 3.

<sup>96</sup> Richard Elliott, ONUSIDA « Policy Options Paper », *supra* note 86 à la p 5, disponible en ligne.

<sup>97</sup> ONUSIDA, « Ending overly broad criminalization », *supra* note 94.

<sup>98</sup> Global Commission on HIV and the Law, *Risques, droit & santé*, 2012 à la p 29, disponible en ligne [Global Commission, « *Risques, droit et santé* »]; Richard Elliott, ONUSIDA « Policy Options Paper », *supra* note 86 à la p 39.

<sup>99</sup> Haut Commissariat des Nations Unies aux droit de l'homme (HCR) et ONUSIDA, *Le VIH/sida et les droits de l'homme, Directives internationales*, version consolidée 2006, disponible en ligne.

<sup>100</sup> Sharon Cowan, « Offenses of Sex or Violence? Consent, Fraud, and HIV Transmission » (2014) 17:1 New Criminal L Rev 140.

<sup>101</sup> HALCO & Réseau juridique canadien VIH/sida, « Recommendations for police », *supra* note 76; HALCO & Réseau juridique canadien VIH/sida, « Exploring Avenues », *supra* note 79; Groupe de travail ontarien sur le droit pénal et l'exposition au VIH, *Consultation on Prosecutorial Guidelines for Ontario Cases Involving Non-disclosure of Sexually Transmitted Infections: Community Report and Recommendations to the Attorney General of Ontario*, juin 2011, disponible en ligne [GT Ontario, « *Consultation on Prosecutorial Guidelines* »].

<sup>102</sup> Elaine Craig, « Personal Stare Decisis, HIV Non-Disclosure, and the Decision in *Mabior* » (2015) 53:1 Alberta L Rev 208; Grant, « Over-criminalization », *supra* note 76.

<sup>103</sup> GT Ontario, « Consultation on Prosecutorial Guidelines », *supra* note 101. Les intervenants qui ont participé à la réunion du 9 février 2017 avec le cabinet de la ministre de la Justice ont recommandé l'adoption d'une approche axée sur la justice réparatrice dans de tels cas.

<sup>104</sup> Réseau juridique canadien VIH/sida, « *Les registres des délinquants sexuels: Feuillet d'information* » (avril 2017), disponible en ligne.

<sup>105</sup> Grant, « Boundaries of Criminal Law », *supra* note 89; ONUSIDA, « Ending overly broad criminalization », *supra* note 80 à la p 39; ONUSIDA ET PNUD, *International Consultation on the Criminalization of HIV Transmission, Summary of main issues and conclusions*, septembre 2008, disponible en ligne [ONUSIDA ET PNUD, « International Consultation »].

<sup>106</sup> Barry D Adam et al., « *Impacts of criminalization on the everyday lives of people living with HIV in Canada* » (2014) 11 Sexuality Research and Social Policy 39; HALCO & Réseau juridique canadien VIH/sida, « Exploring Avenues » *supra* note 79 à la p 10; COCQ-SIDA, *Recommandation pour une directive sur la non-divulgence du VIH ou d'une autre ITSS*, janvier 2013; Positive Living, « *The Need for New Charge Assessment Guidelines* », *supra* note 76; Mykhalovskiy, Betteridge et McLay, « Establishing Policy Options for Ontario », *supra* note 81.

<sup>107</sup> Yusef Azad, « *Developing guidance for HIV prosecutions: an example of harm reduction?* » (2008) 13:1 HIV AIDS Policy L Rev 13.

<sup>108</sup> Groupe de travail ontarien sur le droit pénal et l'exposition au VIH, *Latest News*, en ligne; GT Ontario, « Consultation on Prosecutorial Guidelines », *supra* note 101; ONUSIDA, « Ending overly broad criminalization », *supra* note 80 à la p 44.

<sup>109</sup> David Hughes, « Condom Use, Viral Load and the Type of Sexual Activity as Defences to the Transmission of HIV » (2013) 77 J Crim L 136; ONUSIDA, « Ending overly broad criminalization », *supra* note 80 à la p 29; ONUSIDA



---

& PNUD, « International Consultation », *supra* note 105 à la p 18; Richard Elliott, ONUSIDA, « Policy Options Paper », *supra* note 86 aux pp 39-40.

<sup>110</sup> HALCO et Réseau juridique canadien VIH/sida, « Recommendations for police », *supra* note 76 aux pp 8, 9 et 14; HALCO & Réseau juridique canadien VIH/sida, « Exploring Avenues », *supra* note 79 aux pp 8 et 12; COCQ-SIDA, [Position de la COCQ-SIDA sur la criminalisation de l'exposition au VIH](#), avril 2013, en ligne; le Groupe de travail ontarien sur le droit pénal et l'exposition au VIH recommande également une formation à l'intention des poursuivants spécifiquement : GT Ontario, « Consultation on Prosecutorial Guidelines », *supra* note 101 à la p 25; ONUSIDA, « Ending overly broad criminalization », *supra* note 80; Richard Elliott, ONUSIDA, « Policy Options Paper », *supra* note 86 à la p 40.

<sup>111</sup> Wilson, « Health and Human Rights of “Black” Communities », *supra* note 86 aux pp 137-38.

<sup>112</sup> Mykhalovskiy, « Public health implications of HIV criminalization », *supra* note 80; Dej, « Criminalization Creep », *supra* note 80 aux pp 64-65.

<sup>113</sup> EJ Bernard, [The evolution of global criminalisation norms: the role of the United States](#), HIV and the Criminal Law, London, NAM, 2010, disponible en ligne.

<sup>114</sup> Global Commission on HIV and the Law, « *Risques, droit et santé* », *supra* note 98 à la p 24.

<sup>115</sup> ONUSIDA, *Criminalisation of HIV Non-Disclosure*, *supra* note 80 à la p 6.

<sup>116</sup> *Ibid.*

<sup>117</sup> Crown Prosecution Service, [Policy for prosecuting cases involving the intentional or reckless sexual transmission of infection](#), mis à jour en juillet 2011, disponible en ligne [Angleterre et Pays de Galles, Crown Prosecution Service, « Policy Statement »]; voir également, Crown Prosecution Service, [Intentional or Reckless Sexual Transmission of Infection](#), disponible en ligne [Angleterre et Pays de Galles, Crown Prosecution Service, « Legal Guidance on Intention or Reckless Sexual Transmission of Infection »].

<sup>118</sup> Crown Office and Procurator Fiscal Service, [Prosecution policy on the sexual transmission of infection](#), mai 2012, disponible en ligne [Service des poursuites de l'Écosse, « Prosecution Policy on sexual transmission of infection »].

<sup>119</sup> *Ibid.*

<sup>120</sup> *Ibid.*

<sup>121</sup> Cette information a été demandée et reçue par l'intermédiaire du Conseil (FPT) des médecins hygiénistes en chef (CMHC).

<sup>122</sup> Toutefois, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) appuie la prestation de services de santé publique et de promotion de la santé dans les réserves et dans les collectivités inuites. La DGSPNI fournit également des services de soins primaires dans les réserves situées dans des régions éloignées et isolées, où aucun service provincial n'est facilement accessible. Pour en savoir plus, consultez Santé Canada, [Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits](#), en ligne.

<sup>123</sup> Les tests de dépistage du VIH peuvent être nominaux (fondés sur le nom), non nominaux (non identificatoires) ou anonymes. Les tests de dépistage anonymes ne sont pas offerts dans l'ensemble des provinces et des territoires. Le type de renseignements recueillis auprès des personnes participant à ces tests de dépistage et qui sont par la suite déclarés aux autorités de la santé publique varient en fonction du type de test et de la province ou du territoire. Pour en savoir plus, consultez Agence de la santé publique du Canada, [Chapitre 3 : Actualités en épidémiologie du VIH/sida, Juillet 2010 – Systèmes de surveillance et tests de dépistage du VIH au Canada](#) (2010), disponible en ligne [ASPC, « Actualités en épidémiologie du VIH/sida »]. Pour des exemples de règlements régissant le signalement du VIH et la collecte de données connexes, consultez le [Reporting Requirements for HIV Positive Persons Regulations](#), NS Reg 197/2005, de la Nouvelle-Écosse [Nouvelle-Écosse, [Reporting Requirements for HIV Positive Persons](#)] et les articles 10 à 13 du [Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique](#), RLRQ ch. S-2.2, r 2, du Québec.

---

<sup>124</sup> Par exemple, en Saskatchewan, ce sont les médecins, les infirmiers praticiens ou les infirmiers cliniciens qui sont responsables d'aviser le médecin du service de santé local des personnes ayant reçu un diagnostic de VIH (ou une fois qu'ils sont d'avis que la personne est infectée), conformément à l'article 34 de la *Public Health Act*, SS 1994, c P-37.1, et à l'article 14 du *Disease Control Regulations*, RRS, c P-37.1, Reg 11.

<sup>125</sup> ASPC, « Actualités en épidémiologie du VIH/sida », *supra* note 123.

<sup>126</sup> En guise d'exemples, consultez les *Guidelines for HIV Counselling and Testing* de l'Ontario (mars 2008), aux pp 15-18 et le *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang* (mis à jour en juin 2017); le *Communicable Disease Control Manual, Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome (HIV)* de la Saskatchewan (octobre 2015), section 6-40; le *Communicable Disease Management Protocol, Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome (HIV/AIDS)* du Manitoba (février 2010), aux pp 14-16, annexe C; *The Blue Book* des Alberta Health Services (7 juillet 2014) : *Standards for the Management and Evaluation of STI Clinic Clients*, aux pp 142-143 [Alberta Health Services, « The Blue Book »]; et le *Communicable Disease Control Manual de la Colombie-Britannique, Chapter 5 – Sexually Transmitted Infections, HIV Pre and Post Test Guidelines* (septembre 2011), à la p 10.

<sup>127</sup> Par exemple, en vertu de l'article 34 de la *Public Health Act* de la Saskatchewan, *supra* note 124, un médecin, un infirmier praticien ou un infirmier clinicien est tenu de conseiller une personne affectée et d'obtenir des renseignements sur les contacts de cette dernière au plus tard 72 heures après avoir formé l'opinion que la personne est infectée par le VIH ou porteuse de la maladie.

<sup>128</sup> Par exemple, l'art. 39 de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, LRO 1990, c H.7 de l'Ontario comporte une disposition sur la confidentialité qui protège contre la divulgation de renseignements permettant d'identifier des personnes affectées par une maladie transmissible ou à déclaration obligatoire; il y a toutefois des exceptions qui pourraient s'appliquer dans certains cas. Dans des lignes directrices utilisées en Colombie-Britannique, l'importance de la notification des contacts et de l'anonymat est expliquée, voir Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique, *Chapter 5 – Sexually Transmitted Infections Guidelines for Testing, Follow up, and Prevention of HIV* (octobre 2016), à la p 25.

<sup>129</sup> En Alberta, il y a des lignes directrices sur la gestion des contacts et les processus recommandés pour trouver et notifier les partenaires sexuels d'une personne affectée et les personnes avec qui elle a partagé des seringues. Voir Alberta Health and Wellness, *Public Health Notifiable Disease Management Guidelines* (janvier 2011), aux pp 9-10, disponible en ligne, et Alberta Health Services, « The Blue Book », *supra* note 126.

<sup>130</sup> Comité consultatif provincial des maladies infectieuses, *Infections transmissibles sexuellement - Recommandations pour des pratiques optimales en gestion des cas et localisation des contacts* (avril 2009), disponible en ligne.

<sup>131</sup> Agence de la santé publique du Canada, *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, 2006, disponible en ligne.

<sup>132</sup> Par exemple, le paragraphe 4(1) du *Règlement sur le contrôle des maladies à déclaration obligatoire*, Règl des TN-O 128-09 des Territoires du Nord-Ouest prévoit que, dans les 24 heures qui suivent son diagnostic de maladie à déclaration obligatoire, le personnel de la santé conseille la personne affectée et déploie des efforts raisonnables pour repérer les contacts de cette personne, entre autres. Voir aussi les articles 12 à 14 du *Reporting Requirements for HIV Positive Persons Regulations* de la Nouvelle-Écosse, *supra* note 123, qui établit des responsabilités à l'égard de la notification des partenaires des personnes affectées, des médecins et des autorités de la santé publique.

<sup>133</sup> Par exemple, l'alinéa 39(4)e) de la *Public Health Act*, RSPEI 1988, c P-30.1 de l'Île-du-Prince-Édouard prévoit qu'une ordonnance peut être rendue pour [TRADUCTION] « obliger la personne qui est visée par l'ordonnance à fournir à l'administrateur en chef de la santé publique des renseignements concernant ses contacts relativement à une maladie transmissible ». Voir aussi l'art. 56 de la *Public Health Act*, RSA 2000, c P-37 de l'Alberta, qui exige que la personne fournisse, sur demande, [TRADUCTION] « le nom de toutes les personnes avec qui elle a eu des rapports sexuels ». Dans le même ordre d'idées, consultez l'alinéa 38(2)k.1) de la *Public Health Act* de la Saskatchewan, *supra* note 124; et l'article 20 du *Règlement sur la déclaration de maladies et d'affections*, Règl du Man 37/2009 du Manitoba.

---

<sup>134</sup> Par exemple, le bureau du médecin-hygiéniste en chef de l'Alberta a récemment publié un rapport qui : répond aux besoins des personnes qui ne sont pas disposées à prévenir la propagation du VIH ou qui sont incapables de le faire; présente les domaines de services et de soutien actuellement offerts à ces personnes en Alberta; et décrit les outils juridiques qui pourraient être utilisés, au besoin, pour protéger le public. Voir Alberta Chief Medical Officer of Health, *HIV-Positive Individuals Who are Unwilling or Unable to Prevent the Spread of HIV in Alberta*, (février 2015), en ligne. Voir aussi l'Office régional de la santé de Winnipeg, *Managing HIV Non-Disclosure in Refusing (Unable or Unwilling) Clients* (2014), disponible en ligne [Office régional de la santé de Winnipeg, « Managing HIV Non-Disclosure »].

<sup>135</sup> Par exemple, consultez les articles 27 à 29 de la *Public Health Act*, SBC 2008, c 28 de la Colombie-Britannique; les articles 22 à 24 de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* de l'Ontario, *supra* note 127; l'article 38 de la *Public Health Act* de la Saskatchewan, *supra* note 124; les articles 33 à 35 de la *Loi sur la santé publique*, LNB 1998, c P-22.4 du Nouveau-Brunswick, l'article 15 de la *Communicable Diseases Act*, RSNL 1990, c C-26 de Terre-Neuve et Labrador, l'article 25 de la *Loi sur la santé publique*, LTN-O 2007, c 17 des Territoires du Nord-Ouest, l'article 32 de la *Health Protection Act*, SNS 2004, c 4 de la Nouvelle-Écosse; et les articles 100, 103 et 106 de la *Loi sur la santé publique*, LQ 2001, c 60 du Québec.

<sup>136</sup> Par exemple, les articles 39 et 40 de la *Public Health Act* de l'Alberta, *supra* note 133; et l'article 28 de la *Loi sur la santé publique* des Territoires du Nord-Ouest, *supra* note 135.

<sup>137</sup> Pour obtenir des exemples, consultez l'article 49 de la *Public Health Act* de la Colombie-Britannique, *supra* note 135, l'article 35 de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* de l'Ontario, *supra* note 127; l'article 42 de la *Public Health Act* de l'Île-du-Prince-Édouard, *supra* note 133; les articles 47 et 49 de la *Loi sur la santé publique*, CPLM, c P210 du Manitoba; et l'article 105 de la *Loi sur la santé publique* du Québec, *supra* note 135.

<sup>138</sup> Par exemple, l'article 100 de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* de l'Ontario, *supra* note 127; les articles 52 et 53 de la *Loi sur la santé publique* du Nouveau-Brunswick, *supra* note 135; l'article 71 de la *Health Protection Act* de la Nouvelle-Écosse, *supra* note 135; et l'article 90 de la *Loi sur la santé publique* du Manitoba, *supra* note 137.

<sup>139</sup> Par exemple, dans les Territoires du Nord-Ouest, l'Administrateur en chef de la santé publique peut aviser le public du nom d'une personne qui est atteinte d'une maladie à déclaration obligatoire s'il considère que l'avis est nécessaire pour protéger le public et que la protection ne peut pas être raisonnablement obtenue par des moyens moins intrusifs, conformément à l'art. 27 de la *Loi sur la santé publique*, *supra* note 135. Voir aussi les dispositions relatives à la publication de renseignements figurant à l'article 66 de la *Loi sur la santé publique* du Nouveau-Brunswick, *supra* note 135.

<sup>140</sup> Plusieurs provinces et territoires ont mentionné l'application de lois sur la protection des renseignements personnels et sur l'accès à l'information au moment de communiquer tout renseignement.

<sup>141</sup> Par exemple, l'annexe 1 du *HIV/AIDS Manual for Health Professionals* (mars 2006) des Territoires du Nord-Ouest; et l'Office régional de la santé de Winnipeg, *Managing HIV Non-Disclosure*, *supra* note 134.

<sup>142</sup> Pour obtenir des exemples, consultez l'article 40 de la *Public Health Act* de l'Alberta, *supra* note 133; et l'article 55 de la *Public Health Act* de la Saskatchewan, *supra* note 124.

<sup>143</sup> Certaines lignes directrices mentionnent un soutien national et international (p. ex. ONUSIDA et le Réseau juridique canadien VIH/sida) à l'égard des interventions non pénales relatives au VIH et mettent l'accent sur le fait que les mesures en santé publique sont les plus appropriées pour ce qui est de réduire le risque de transmission à d'autres personnes et sont moins susceptibles de stigmatiser les personnes atteintes du VIH. Pour obtenir des exemples, consultez l'Office régional de la santé de Winnipeg, *Position Statement on Harm Reduction* (décembre 2016) aux pp 12-13, disponible en ligne; et Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique, *Guidelines for Medical Health Officers: Frequently Asked Questions* (janvier 2011) aux pp 4-5, en ligne.

<sup>144</sup> Les provinces et territoires suivants ont fourni de l'information sur les pratiques de mise en accusation et de poursuites en vigueur sur leur territoire respectif : les Territoires du Nord-Ouest, la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario, le Québec et la Nouvelle-Écosse.

---

<sup>145</sup> Les déclarations des victimes ont été examinées dans plus de 50 cas. Pour protéger la vie privée des plaignants, les noms ne sont pas fournis.

<sup>146</sup> Gouvernement du Canada, *The Criminal Law in Canadian Society*, (Ottawa: 1982).

<sup>147</sup> *Ibid.*

<sup>148</sup> *Mabior*, *supra* note 38 au para 89.

## **Bibliographie**

### **LOIS ET RÈGLEMENTS**

*Communicable Diseases Act*, RSNL 1990, c C-26.

*Health Protection Act*, SNS 2004, c 4.

*Loi sur la protection et la promotion de la santé*, LRO 1990, c H.7.

*Loi sur la santé publique*, LN-B 1998, c P-22.4

*Loi sur la santé publique*, LQ 2001, c 60.

*Public Health Act*, RSA 2000, c P-37.

*Public Health Act*, SBC 2008, c 28.

*Public Health Act*, RSPEI 1988, c P-30.1.

*Public Health Act*, SS 1994, c P-37.

*Règlement sur la déclaration de maladies et d'affections*, Règl du Man 37/2009.

*Règlement sur le contrôle des maladies à déclaration obligatoire*, TN-O Reg 128-2009.

### **JURISPRUDENCE**

*Krieger c Law Society of Alberta*, 2002 CSC 65.

*R c Allen*, 2012 BCSC 215; 2012 BCCA 377.

*R c Agnatuk-Mercier*, [2001] OJ no 4729 (QL).

*R c Antonius*, 2000 BCSC 429.

*R c Aziga*, [2008] OJ no 4669 (QL); 2011 ONSC 4592.

*R c Beaudoin*, 2016 ONCJ 803.

*R c Bear*, 2011 MBQB 191; 2013 MBCA 96.

*R c Biron*, 2014 QCCQ 8115.

*R c Bissette*, 2017 ONCJ 545.

*R c Bitterman*, 2005 ABPC 165.

*R c Boone*, 2012 ONSC 441; 2016 ONCA 227.

*R c Boone*, 2013 ONSC 79.

*R c Boone*, 2016 ONSC 1626.

*R c Booth*, 2005 ABPC 137.

*R c Brooks*, [2006] AJ no 245 (QL).

*R c Bruneau*, [2010] OJ no 4600 (QL).

*R c C.B.*, 2017 ONCJ 545.

*R c C. (J.T.)*, 2013 NSPC 105.  
*R c Clarke*, 2013 ONSC 3232.  
*R c Courcy*, 2017 QCCQ 4348.  
*R c Cuerrier*, [1998] 2 RCS 371.  
*R c D.C.*, 2012 CSC 48.  
*R c DeBlois*, [2005] Carswell Ont 1551 (WL Can).  
*R c Debnam*, 2002 ABCA 222.  
*R c Dionne*, 2012 ABPC 261.  
*R c Dowholis*, 2016 ONCA 801.  
*R c Dufresne*, 2009 QCCQ 16249; 2010 QCCA 2212.  
*R c Edwards*, 2001 NSSC 80.  
*R c F.S.*, 2004 ONCJ 230.  
*R c Felix*, 2010 ONCJ 322; 2010 ONCJ 654; 2013 ONCA 415.  
*R c Flowers*, [2014] ORBD no 3101 (QL); [2016] ORBD no 229 (QL); [2016] ORBD no 3096 (QL).  
*R c Gowdy*, 2014 ONCJ 592; 2014 ONCJ 696; 2016 ONCA 989.  
*R c Hutchinson*, 2014 CSC 19.  
*R c lamkhong*, [2007] OJ no 3252 (QL); 2009 ONCA 478.  
*R c Ifejika*, 2006 ONCJ 356; *Catholic Children's Aid Society of Hamilton c I. (J.)*, [2006] OJ no 2299 (QL).  
*R c Jacko*, 2013 QCCQ 931.  
*R c J.M.*, [2005] OJ no 5649 (QL); 2005 CarswellOnt 8297 (QL).  
*R c JTC*, 2013 NSPC 88; 2013 NSPC 105.  
*R c Jackson*, 2003 YKTC 32.  
*R c Kaonga*, [2008] CarswellMan 684 (WL Can).  
*R c Kaotalok*, 2013 NWTSC 36.  
*R c Kidane Gebrejohannes*, 2016 ABCA 205.  
*R c Krouglov*, 2017 ONCA 197.  
*R c L (J.M.)*, 2007 BCPC 341.  
*R c L (M)*, 2006 QCCQ 11242; 2010 QCCA 395.  
*R c Lamirande*, [2006] MJ no 223 (QL); 2006 MBCA 71.  
*R c Leahy*, 2006 BCPC 179.  
*R c Leone*, 2016 FC 980.  
*R c Lesage*, 2013 QCCQ 1951.  
*R c Levac*, 2009 QCCQ 4533.  
*R c M (RP)*, [2000] MJ No 500 (QL).  
*R c Mabior*, 2012 CSC 47.

*R c McGregor*, 2008 ONCA 831.  
*R c Mekonnen*, 2009 ONCJ 643; 2013 ONCA 414.  
*R c Mercier*, 2011 QCCQ 198.  
*R c Miron*, [2000] MJ no 500 (QL).  
*R c Mumford*, [2009] OJ no 1637 (QL); 2010 ONSC 5624.  
*R c Murphy*, [2013] CarswellOnt 11952 (WL Can).  
*R c Murray*, 2002 BCPC 203.  
*R c Mzite*, 2011 BCCA 267.  
*R c N.D.*, 2006 QCCA 14; 2006 QCCA 15.  
*R c Nduwayo*, 2010 BCSC 1277; 2010 BCSC 1467; 2012 BCCA 281.  
*R c Nelson*, 2012 BCPC 348.  
*R c Ngeruka*, 2015 YKTC 10; 2015 YKTC 22.  
*R c Nyandwi*, 2014 ABPC 186.  
*R c Nyoni*, 2014 BCSC 1074; 2014 BCCA 106.  
*R c P (J.D.)*, 2001 BCCA 341.  
*R c Parenteau*, 2010 ONSC 1500.  
*R c Pelletier*, 2011 SKQB 7; 2013 SKCA 107.  
*R c Pottelberg*, 2010 ONSC 5756.  
*R c Ralph*, 2014 ONSC 1376; 2014 ONSC 2800; 2014 ONSC 1072.  
*R c Rollo*, 2011 BCPC 283.  
*R c S (KA)*, 2007 NSCA 119.  
*R c Schenkels*, 2016 MBQB 44; 2017 MBCA 62.  
*R c Smith*, 2004 BCPC 384; 2004 BCCA 657.  
*R c Smith*, [2007] SJ no 150 (QL); 2008 SKCA 61.  
*R c Spooner*, 2014 ONSC 7420.  
*R c Thery*, [2012] CarswellQue 9375 (WL Can).  
*R c Thomas*, 2011 ONSC 7136; 2012 ONSC 1201; 2015 ONCA 221.  
*R c Thompson*, 2016 NSSC 134; 2016 NSSC 257.  
*R c Thompson*, 2007 BCPC 192; 2008 BCCA 350.  
*R c Tippeneskum*, 2011 ONCJ 219.  
*R c Trott*, 2010 BCSC 766.  
*R c Tshibamba Muntu*, 2017 QCCQ 4299.  
*R c U (J)*, 2011 ONCJ 457.  
*R c WH*, 2015 ONSC 6121; 2015 ONSC 3087.  
*R c Washington*, [2016] OJ no 3253 (QL).

*R c Walford*, 2016 ONCA 355.  
*R c Walkem*, [2007] CarswellOnt 247 (WL Can).  
*R c Ward*, 2005 BCPC 630; 2006 BCCA 153.  
*R c Wilcox*, 2011 QCCQ 11007; 2014 QCCA 321; 2014 CSC 75.  
*R c Williams*, 2000 CarswellNfld 130 (WL Can); [2000] NJ no 166 (QL); 2001 NFCA 52; 2003 CSC 41.  
*R v Williams*, [2001] NJ no 169 (QL) (C Sup TNL); 2004 NLCA 24.  
*R c Williams*, 2006 ONCJ 484.  
*R c Wright*, 2009 BCCA 514.  
*Re Mitchell*, 2016 CarswellOnt 10925 (QL).

### SOURCES SECONDAIRES : ARTICLES

Adam, Barry et al. « Effects of the Criminalization of HIV Transmission in Cuerrier on Men Reporting Unprotected Sex with Men », (2008) 23 : 1-2 *Revue canadienne droit et société* 143.

———. « HIV positive people’s perspectives on Canadian criminal law and non-disclosure », (2016) 21:1 *Revue canadienne droit et société = Canadian Journal of Law and Society* 1.

———. « Impacts of criminalization on the everyday lives of people living with HIV in Canada », (2014) 11 *Sexuality Research and Social Policy* 39.

Ahmed, Aziza et al. « Criminalising consensual sexual behaviour in the context of HIV: Consequences, evidence, and leadership », (2011) 6:3 *Global Public Health* 357.

Arseniou, Stylianos, Aikaterini Arvaniti et Maria Samakouri. « HIV infection and depression », (2013) 68:2 *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 96;

Azad, Y. « Developing guidance for HIV prosecutions: an example of harm reduction? » (2008) 13:1 *HIV AIDS Policy L Rev* 13.

Becker et al, Association of Medical Microbiology and Infectious Disease Canada Position Statement, « The Use of Early Antiretroviral Therapy in HIV-infected Persons » (2015).

Berger, Philip B. « Prosecuting for knowingly transmitting HIV is warranted », (2009) 180 : 13 *JAMC = CMAJ* 1368.

Bennett, David S. et al. « Shame among people living with HIV: a literature review », (2015) 28:1 *AIDS Care* 87.

Bravo, P. et al. « Tough decisions faced by people living with HIV: a literature review of psychosocial problems » (2010) 12:2 *AIDS Rev* 76.

Brenner, Bluma G et al. « High rates of forward transmission events after acute/early HIV-1 infection », (2007) 195:7 *J Infect Dis* 951.

Brown, W, J Hanefeld et J Welsh. « Criminalising HIV transmission: Punishment without protection », (2009) 17: 34 *Reproductive Health Matters* 119.

Buchanan, Kim Shayo. « When is HIV a Crime? Sexuality, Gender and Consent », (2014) 99 *Minnesota Law* 14.



- Burris, Scott, Edwin Cameron et Michaela Clayton. *The Criminalization of HIV: Time for an Unambiguous Rejection of the Use of Criminal Law to Regulate the Sexual Behavior of those with and at Risk of HIV* (2008).
- Burris, Scott et al. « Do criminal laws influence HIV risk behavior? », (2007) 39 Arizona State Law Journal 467.
- Cheung, CC et al. « Reductions in all-cause and cause-specific mortality among HIV-infected individuals receiving antiretroviral therapy in British Columbia, Canada: 2001–2012 » (2016) 17 HIV Medicine 694.
- Cowan, Sharon. « Offenses of Sex or Violence? Consent, Fraud, and HIV Transmission », (2014) 17:1 New Criminal Law Review 135.
- Craig, Elaine. « Personal Stare Decisis, HIV Non-disclosure, and the decision in Mabior », (2015) 53:1 Alberta Law Review 208.
- Daar, Eric et Katya Corado. « Condomless Sex with Virologically Suppressed HIV-Infected Individuals: How Safe is it? » (2016) 316:2 JAMA 149.
- Dej, Erin et Jennifer M. Kilty. « Criminalization Creep: A Brief Discussion of the Criminalization of HIV/AIDS Nondisclosure in Canada » (2012) 27 : 1 Revue canadienne droit et société = Canadian Journal of Law and Society 55.
- Drummond, Sarah L. « Criminalizing HIV Transmission and Exposure in Canada: A Public Health Evaluation » (2011) 19:2 Health Law Review 28.
- Flaherty, John. « Clarifying the Duty to Warn in HIV Transference Cases » (2008) 54 Crim. L.Q. 61.
- French, Martin. « Counselling anomie: clashing governmentalities of HIV criminalisation and prevention ». (2014) 25:4 Critical Public Health 373.
- Galletly, Carol L. et Steven D. Pinkerton. « Conflicting messages: How criminal HIV disclosure laws undermine public health efforts to control the spread of HIV » (2006) 10:5 AIDS and Behavior 451;  
 ———. « Preventing HIV Transmission via HIV Exposure Laws: Applying Logic and Mathematical Modeling to Compare Statutory Approaches to Penalizing Undisclosed Exposure to HIV » (2008) 36:3 J Law Med Ethics 577.
- Grant, Isabel. « Rethinking Risk: The Relevance of Condoms and Viral Load in HIV Nondisclosure Prosecutions » (2009) 54 McGill LJ 389.  
 ———. « The Boundaries of the Criminal Law: The Criminalization of the Non-Disclosure of HIV » (2008) 31 Dal LJ 123.  
 ———. « The Over-Criminalization of Persons with HIV » (2013) 63:3 UTLJ 475.
- Grant, Isabel, Martha Shaffer et Alison Symington. « Focus: *R v Mabior* and *R v DC* » (2013) 63 UTLJ 462.
- Gonzalez, Jeffrey S et al. « Depression and HIV/AIDS Treatment Non-adherence: A Review and Meta-analysis » (2013) 58:2 J Acquir Immune Defic Syndr 10.
- Harsono, Dini et al. « Criminalization of HIV Exposure: A Review of Empirical Studies in the United States » (2017) 21:1 AIDS and Behaviour 27.

- Hastings, Colin, Cécile Kazatchkine et Eric Mykhalovskiy, feuillet d'information, *La criminalisation du VIH au Canada : Tendances clés et particularités* (17 mars 2017), Réseau juridique canadien VIH/sida.
- Hughes, David. « Condom Use, Viral Load and the Type of Sexual Activity as Defences to the Sexual Transmission of HIV » (2013) 77:2 *The Journal of Criminal Law* 136.
- Jain, Sachin et Kenneth H Mayer. « Practical guidance for nonoccupational postexposure prophylaxis to prevent HIV infection: an editorial review » (2014) 28:11 *AIDS* 1545.
- Jurgens, R et al. « Ten reasons to oppose the criminalization of HIV exposure or transmission » (2009) 17:34 *Reproductive Health Matters* 163.
- Kaplan, Margo. « Rethinking HIV-Exposure Crimes » (2012) 87:4 *Indiana Law Journal* 1517.
- Katz, Ingrid T et al. « Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis » (2013) 16:2 *Journal of the International AIDS Society* 1.
- Kazatchkine, Cécile. « La non-divulgation du VIH et le droit criminel : Analyse de deux récentes décisions de la Cour suprême du Canada » (2013) 60 *Crim L Q* 30.
- Kazatchkine, Cécile et Sandra Ka Hon Chu. « We need to address the unique and complex issues of Indigenous people living with HIV », (10 avril 2016) *CATIE* (blogue).
- Larcher, Akim Adé et Alison Symington. *Criminels et victimes? L'impact de la criminalisation du non-dévoilement du statut VIH sur les communautés africaines, caraïbéennes et noires de l'Ontario* (novembre 2010), en ligne : Toronto : Conseil des Africains et Caraïbéens sur le VIH/sida en Ontario.
- Lee, Sun Goo. « Criminal Law and HIV Testing: Empirical Analysis of How At-Risk Individuals Respond to the Law » (2015) 14:1 *Yale Journal of Health Policy, law and Ethics* 194.
- Loutfy, Mona et al. « Canadian consensus statement on HIV and its transmission in the context of criminal law » (2014) 25:3 *Can J Infect Dis Med Microbiol* 135.
- . « Systematic Review of HIV Transmission between Heterosexual Serodiscordant Couples where the HIV-Positive Partner Is Fully Suppressed on Antiretroviral Therapy » (2013) 8:12 *PLOS ONE* 1.
- Lowther, Keira et al. « Experience of persistent psychological symptoms and perceived stigma among people with HIV on antiretroviral therapy (ART): A systematic review » (2014) 51:8 *International Journal of Nursing Studies* 1171.
- MacKinnon, Emily et Constance Crompton. « The Gender of Lying: Feminist Perspectives on the Non-Disclosure of HIV Status » (2012) 45:2 *UBC L Rev* 407.
- McClelland, Alexander. *Criminal Charges & Prosecutions Related to HIV Non-Disclosure, Transmission & Exposure: Impacts on The Lives of People Living with HIV*. Thèse de doctorat, Université Concordia, (2017) [non publiée et dissertation en cours].
- McIntosh, Roger C et Monica Rosselli. « Stress and Coping in Women Living with HIV: A Meta-Analytic Review » (2012) 16:8 *AIDS and Behaviour* 2144.
- Miller, James. « African immigrant damnation syndrome: The case of Charles Ssenyonga » (2005) 2:31 *Sexuality Research & Social Policy* 31.
- Mykhalovskiy, Eric. « The problem of 'significant risk': Exploring the public health impact of criminalizing HIV non-disclosure » (2011) 73:5 *Social Science & Medicine* 668.

- . « The public health implications of HIV criminalization: past, current, and future research directions », (2015) 25:4 *Critical Public Health* 373.
- Mykhalovskiy, Eric et Glenn Betteridge. « Who? What? Where? When? And with What Consequences? An Analysis of Criminal Cases of HIV Non-disclosure in Canada » (2012) 27 : 1 *Revue canadienne droit et société = Canadian Journal of Law and Society* 31.
- Mykhalovskiy, Eric et al. « ‘Callous, Cold and Deliberately Duplicitous’: Racialization, Immigration and the Representation of HIV Criminalization in Canadian Mainstream Newspapers » (2016).
- Mykhalovskiy, Eric, Glenn Betteridge et David McLay. « HIV Non-Disclosure and the Criminal Law: Establishing Policy Options for Ontario », (2010), p. 52 *CATIE*.
- Nanni, Maria Giulia et al. « Depression in HIV Infected Patients: a Review » (2015) 17 *Complex Medical-Psychiatric Issues* 530.
- O’Byrne, Patrick. « The potential effects of a police announcement about an HIV nondisclosure: a case analysis » (2011) 12:1 *Policy, Politics and Nursing Practice* 53.
- O’Byrne, Patrick, Alyssa Bryan et Marie Roy. « HIV criminal prosecutions and public health: an examination of the empirical research » (2013) 39:2 *Medical Humanities* 1.
- Patrick O’Byrne et al. « Nondisclosure prosecutions and population health outcomes: examining HIV testing, HIV diagnoses, and the attitudes of men who have sex with men following nondisclosure prosecution media releases in Ottawa, Canada » (2013) 13 *BMC Public Health* 94.
- Patel, Pragna et al. « Estimating per-act HIV transmission risk: A systematic review ». (2014) *AIDS* 28:10 1509, p. 1509.
- Persson, A. « I don’t blame that guy that gave it to me: contested discourses of victimisation and culpability in the narratives of heterosexual women infected with HIV » (2014) 26:2 *AIDS Care* 233.
- Persson A et C Newman. « Making monsters: heterosexuality, crime and race in recent Western media coverage of HIV » (2008) 30:4 *Sociology of Health & Illness* 632.
- Rabkin, Judith G. « HIV and depression: 2008 review and update » (2008) 5:4 *Behavioral Aspects of HIV Management* 163.
- Rawluk, Kevin. « HIV and Shared Responsibility: A Critical Evaluation of Mabior and DC » (2013) 22 *Dalhousie Journal of Legal Studies* 21.
- Réseau juridique canadien VIH/sida. « Répondre aux comportements à risque pour le VIH : Un rôle pour les politiques et lois de santé publique » (2013).
- . « Le droit criminel et la non-divulgation du VIH au Canada » (2014).
- . « La non-divulgation du VIH et le droit criminel : analyse de deux récentes décisions de la Cour suprême du Canada – R. c. Mabior, 2012 CSC 47 R. c. D.C., 2012 CSC 48 » (2012).
- . « Faire face à la criminalisation de l’exposition au VIH ou de sa transmission » (2015).
- Robbins, G et al. « Predicting virologic failure in an HIV clinic » (2010) 1:50 *Clin Infect Dis* 2010 779.
- Rodger, J. Alison et al. « Sexual Activity without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy » (2016) 316:2 *JAMA* 171.

- Sawyer, Alexandra, Susan Ayers et Andy P Field. « Posttraumatic growth and adjustment among individuals with cancer or HIV/AIDS: A meta-analysis (2010) 30:4 *Clinical Psychology Review* 436.
- Skarbinski, Jacek et al. « Human Immunodeficiency Virus Transmission at Each Step of the Care Continuum in the United States » online: (2015) 175:4 *JAMA Intern Med* 588.
- Société canadienne du sida. « HIV Transmission: Factors that Affect Biological Risk » (11 février 2013).  
 ———. « HIV transmission: Guidelines for Assessing Risk » (2004) 5<sup>e</sup> éd.
- Stewart, Hamish. « When Does Fraud Vitiating Consent? A Comment on R v Williams » (2005) 49 *Criminal Law Quarterly* 144.
- Symington, Alison. « Injustice Amplified by HIV Non-Disclosure Ruling » (2013) 63 *UTLJ* 485.  
 ———. « Que signifie réellement “consentir”? Repenser la non-divulgarion du VIH et l’agression sexuelle », (25 février 2016), Réseau juridique canadien VIH/sida.
- Tedaldi, Ellen M., Nancy L Minniti et Tracy Fischer. « HIV-Associated Neurocognitive Disorders: The Relationship of HIV Infection with Physical and Social Comorbidities » (2015) 2015 *BioMed Research International*.
- Vandervort, Lucinda. « HIV, Fraud, Non-Disclosure, Consent and a Stark Choice: Mabiior or Sexual Autonomy? », (2013) 60:2 *Criminal Law Quarterly* 301.
- Wainberg, M.A. « HIV transmission should be decriminalized: HIV prevention programs depend on it », (2008) 5 *Retrovirology* 108.
- Waldman, Ari Ezra. « Exceptions: The Criminal Law's Illogical Approach to HIV-Related Aggravated Assaults » (2010) 18:3 *Virginia Journal of Social Policy and the Law* 550.
- Wilson, Ciann. « The Impact of the Criminalization of HIV Non-Disclosure on the Health and Human Rights of ‘Black’ Communities » (2015) 1 *Health Tomorrow* 109.
- Wood, LF et al. « The Oral Mucosa Immune Environment and Oral Transmission of HIV/SIV », (2013) 254:1 *Immunological reviews* 34.

#### **PUBLICATIONS GOUVERNEMENTALES EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE**

- Alberta. Alberta Health Services, *The Blue Book: Standards for the Management and Evaluation of STI Clinic Clients*, (juillet 2014).  
 ———. Alberta Health and Wellness, *Public Health Notifiable Disease Management Guidelines, Human Immunodeficiency Virus (HIV)*, (janvier 2011).  
 ———. Rapport du Alberta Chief Medical Officer of Health, *HIV positive Individuals Who are Unwilling or Unable to Prevent the Spread of HIV in Alberta*, (février 2015).
- Canada. Ministère de la Justice Canada, « Lignes directrices sur le programme de justice réparatrice », (Ottawa, ministère de la Justice, 2003).  
 ———. Ministère de la Justice Canada, « Valeurs et principes de la justice réparatrice en matière pénale », (Ottawa, ministère de la Justice, 2003).  
 ———. Gouvernement du Canada, *Le droit pénal dans la société canadienne*, (Ottawa: 1982).

- . Agence de la santé publique du Canada, *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, (2006).
- . Agence de la santé publique du Canada, « Le VIH et le sida au Canada : rapport de surveillance en date du 31 décembre 2014 » (Ottawa, ASPC, 2014).
- . Agence de la santé publique du Canada, « Le VIH au Canada : tableaux sommaires de surveillance pour 2014-2015 » (Ottawa, ASPC 2014-15).
- . Agence de la santé publique du Canada, VIH/sida Actualités en épidémiologie, chapitre 3, *Systèmes de surveillance et tests de dépistage du VIH au Canada*, (juillet 2010).
- . Agence de la santé publique du Canada, « Risque de transmission du VIH : sommaire des données scientifiques », (Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2013).
- . Agence de la santé publique du Canada, « Non-divulgaration de sa séropositivité à l'égard du VIH/sida : conclusions d'un groupe de travail d'experts » (2005) 31(5) *Relevé des maladies transmissibles au Canada*.
- . Agence de la santé publique du Canada, « Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Personnes vivant avec le VIH/sida » (Ottawa, ASPC, 2013).
- . Agence de la santé publique du Canada, « Résumé : Estimations de l'incidence de la prévalence, et de la proportion non diagnostiquée au VIH au Canada, 2014 » (Ottawa, ASPC, 2014).
- . Agence de la santé publique du Canada, « Résumé : Mesurer les progrès réalisés par le Canada en ce qui concerne les cibles 90-90-90 pour le VIH », by Division de la surveillance et de l'épidémiologie, Division des lignes directrices professionnelles et des pratiques de santé publique, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections (Ottawa, ASPC, 2017).
- . Statistique Canada, *Tableau 102-0521 Décès, selon la cause, Chapitre I : Certaines maladies infectieuses et parasitaires (A00 à B99), le groupe d'âge et le sexe, Canada*, CANSIM.
- Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses. « Révision des lignes directrices et de la législation provinciales et territoriales en matière de notification aux partenaires pour les infections transmissibles sexuellement et par le sang », (Winnipeg, Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses, 2013).
- Colombie Britannique. BC Centre for Disease Control, *Communicable Disease Control Manual, Chapter 5 – Sexually Transmitted Infections, HIV Pre and Post Test Guidelines*, (septembre 2011).
- . BC Centre for Disease Control, « Condom effectiveness - Fact sheet for public health personal » (2013).
- . BC Centre for Disease Control, « Frequently Asked Questions: Topic: Guidelines for Medical Health Officers: Approach to persons with HIV/AIDS who may pose a risk of harm to others », (C.-B.)
- . BC Centre for Disease Control, « *Guidelines for Medical Health Officers: Approach to people with HIV/AIDS who may pose a risk of harm to others* », (BC: BC Centre for Disease Control, 2010). Centre for Disease Control, 24 janvier 2011).
- . British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS, « HIV Monitoring Quarterly Report for British Columbia » (2015) Third Quarter.
- . British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS, « Therapeutic Guidelines for

- Antiretroviral (ARV) Treatment of Adult HIV Infection Canada » (septembre 2015).
- Comité consultatif ontarien de lutte contre le VIH et le sida. « Reducing HIV Transmission by People with HIV Who Are Unwilling or Unable to Take Appropriate Precautions: An Update » (mai 2002).
- Comité consultatif provincial des maladies infectieuses, *Infections transmissibles sexuellement – Recommandations pour des pratiques optimales en gestion des cas et localisation des contacts*, (avril 2009).
- Manitoba Communicable Disease Control Branch, *Communicable Disease Management Protocol, Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome (HIV/AIDS)*, (février 2010).
- Manitoba, Winnipeg Regional Health Authority, *Managing HIV Non-Disclosure in Refusing (Unable or Unwilling) Clients*, (2014).
- . *Position Statement on Harm Reduction*, (décembre 2016).
- Ontario. Ontario HIV Epidemiologic Monitoring Unit, *Number of HIV tests and positivity rate by year of test, Ontario, 1996 à 2013*.
- . *Directives sur le dépistage du VIH et la consultation*, (mars 2008).
- Ontario Working Group on Criminal Law and HIV Exposure. « Ontario Minister’s Round Table: Exploring avenues to address problematic prosecutions against people living with HIV in Ontario » (5 décembre 2016).
- . *Consultation on Prosecutorial Guidelines for Ontario Cases Involving Non-disclosure of Sexually Transmitted Infections: Community Report and Recommendations to the Attorney General of Ontario*, juin 2011.
- . Communiqué de presse, « Latest News » (décembre 2016).
- Québec. Institut national de santé publique du Québec. « Consensus d’experts : charge virale et risque de transmission du VIH », (Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2014).
- . *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang*, (avril 2016).
- Saskatchewan. Ministry of Health Population Health Branch. *HIV Prevention and Control Program Report for 2015* (2015).
- . eHealth Saskatchewan, *Communicable Disease Control Manual, Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome (HIV)*, (octobre 2015).
- Winnipeg Regional Health Authority, « Position Statement on Harm Reduction » (Winnipeg : WRHA, décembre 2016).

## SOURCES ÉTRANGÈRES

- R.-U. Angleterre et Pays de Galles, Crown Prosecution Service, *The Policy for prosecuting cases involving the intentional or reckless sexual transmission of infection*, (juillet 2011).
- . Crown Prosecution Service, *Intentional or Reckless Sexual Transmission of Infection*.

R.-U. Écosse, Crown Office and Procurator Fiscal Service, *Prosecution policy on the sexual transmission of infection*, (mai 2012).

### DOCUMENTS INTERNATIONAUX

Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes. Observations finales concernant les huitième et neuvième rapports périodiques (présentés en un seul document) du Canada, CEDAW/C/CAN/CO/8-9, 2016.

Elliot, Richard. *Criminal Law, Public Health and HIV Transmission: A Policy Options Paper* (2002) ONUSIDA.

Global Commission on HIV and the Law, *PR Risks Rights Health SP*, (2012).

International Advisory Panel on HIV Care Continuum Optimization. IAPAC Guideline for Optimizing the HIV Care Continuum for Adults and Adolescents.

Haut-Commissariat aux droits de l'homme (HCDH) et ONUSIDA, *Le VIH/sida et les droits de l'homme – Directives internationales*, (2006).

Nations Unies, Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), *Observations finales concernant les huitième et neuvième rapports périodiques du Canada* (2016).

ONUSIDA. *Criminalisation of HIV Non-Disclosure, Exposure and Transmission: Background and Current Landscape*, document d'information, février 2012.

———. *Ending overly broad criminalization of HIV non-disclosure, exposure and transmission: Critical scientific, medical and legal considerations*, JC2351E, mai 2013.

ONUSIDA et PNUD. *Summary of Main Issues and Conclusions: International Consultations on the Criminalization of HIV Transmission*, (du 31 octobre au 2 novembre 2007).

———. *The Gap Report* (16 juillet 2014).

———. *90-90-90 Une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du sida*, JC2684, octobre 2014.

Organisation mondiale de la Santé. *Projets de stratégies mondiales du secteur de la Santé VIH, 2016-2021*, document de l'OMS A69/31 du 22 avril 2016.

———. *Projets de stratégies mondiales du secteur de la santé Hépatite virale, 2016-2021*, document de l'OMS Doc A69/32 du 22 avril 2016.

———. *Projets de stratégies mondiales du secteur de la santé Infections sexuellement transmissibles, 2016-2021*, document de l'OMS A69/33 du 16 mai 2016.

Union interparlementaire. *Des lois efficaces pour en finir avec le VIH et le sida: agir au Parlement* (2013).

### AUTRES DOCUMENTS

Aids Action Now. Site Web. « Open Letter to Jane Philpott Minister of Health from AIDS ACTION NOW! » (11 octobre 2016).

———. Site Web, « Banner drop! Stop criminalizing people living with HIV! » (3 juillet 2016).

Aids Community Care Montreal. Site Web. « Page d'accueil » (août 2017).

———. Bande-annonce, « HIV is not a crime: Training Academy Video Documentary » (ACCM, 2017).

Arkell, C. Feuillet d'information. « Le traitement du VIH et la charge virale indétectable pour prévenir la transmission du VIH » (CATIE, 2017).

———. Feuillet d'information, « La prophylaxie pré-exposition (PrEP) par voie orale » (CATIE, 2017).

Association of Iroquois and Allied Indians. Site Web. « Policy Areas » (août 2017).

ATHENA. Publication en ligne, « 10 Reasons Why Criminalization of HIV Transmission Harms Women ».

Bernard, EJ. « The evolution of global criminalisation norms: the role of the United States, HIV and the Criminal Law », (2010) NAM.

British Columbia. BC Centre for Disease Control. Site Web. « Programs: Chee Mamuk (Aboriginal Health) » (août 2017).

Carrier Sekani Family Services. Site Web. « Services » (août 2017).

CATIE. Déclaration de prévention, « Déclaration de CATIE sur l'utilisation de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) orale comme stratégie hautement efficace pour prévenir la transmission sexuelle du VIH » (mars 2017).

———. Déclaration de prévention, « Déclaration de CATIE sur l'utilisation du traitement antirétroviral (TAR) pour maintenir une charge virale indétectable comme stratégie hautement efficace pour prévenir la transmission sexuelle du VIH » (mars 2017).

———. « Le VIH au Canada : Guide d'introduction pour les fournisseurs de services » (avril 2015).

Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida. « Criminalisation de l'exposition au VIH » VIH Info droits.

———. « Position de la COCQ-SIDA sur la criminalisation de l'exposition au VIH » (avril 2013).

———. « VIH/sida et Maladies à déclaration obligatoire (MADO) » VIH Info droits.

Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/sida (ICW). Exposé de position, « Criminalization of Women Living with HIV: Non-Disclosure, Exposure, And Transmission » (mai 2015).

Elliott, Richard. « How everyone living with HIV in Canada became a potential criminal » (8 août 2017), XtraSpark.

File Hills Qu'Appelle Tribal Council. Site Web. « Home ». (août 2017).

Hastings, Colin, Cécile Kazatchkine et Eric Mykhalovskiy. Info Sheet, « La criminalisation du VIH au Canada : Tendances clés et particularités » Réseau juridique canadien VIH/sida (17 mars 2017).

HIV & AIDS Legal Clinic Ontario et Réseau juridique canadien VIH/sida. « The criminalization of HIV non-disclosure: Recommendations for police », Submissions to the Ontario Association of Chiefs of Police Diversity Committee (février 2013).

———. « Exploring Avenues to Address Problematic Prosecutions against People Living with HIV in Canada » (mars 2017).

HIV & AIDS Legal Clinic Ontario. « HIV and Criminal Law » (2014).



- . Site Web. « 10 Reasons Why Criminalization of HIV Exposure or Transmission Harms Women » (1<sup>er</sup> décembre 2009).
- Ka Ni Kanichihk Inc. Site Web. « Programs » (août 2017).
- Mill, Judy E *et al.*, « Aboriginal Women Living with HIV » (2008) 5:2 *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health* 151.
- . « Challenging Lifestyles: Aboriginal Men and Women Living with HIV », (2008) 5:2 *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health* 151.
- Native Women's Shelter of Montreal. Site Web. « Projects & Programs » (août 2017).
- Nine Circle Community Health Centre. Site Web. « Programmes and Services » (août 2017).
- Ontario Aboriginal HIV/AIDS Strategy. « A Strategic Plan for the Years 2010 -2015 » (juillet 2010).
- PARN. Site Web. « About PARN » (août 2017).
- PASAN. Site Web. « Home Page » (août 2017).
- Pauktuutit Inuit Women of Canada. « Inuit Five-Year Strategic Plan on Sexual Health 2010-2015 » (2009).
- Positive Living North. Site Web. « Resources » (août 2017).
- Positive Living Society of British Columbia. Site Web. « Home » (août 2017).
- . Exposé de position, « The Need for New Charge Assessment Guideline: HIV Non-Disclosure in British Columbia » (11 juin 2014).
- . « Notice: HIV Disclosure and Criminalization » (2012).
- Prevention Access Campaign, protocole d'accord, « Risk of Sexual Transmission of HIV from a person living with HIV Who has an undetectable viral load (6 juillet 2017).
- Red Road HIV/AIDS Network. Site Web. « Publications » (août 2017).
- Réseau canadien autochtone du sida. « Stratégie autochtone sur le VIH/sida au Canada II : pour les Premières nations, les Inuit et les Métis de 2009 à 2014 » (mars 2009).
- Réseau canadien des personnes séropositives. Site Web. « Ressources » (août 2017).
- Réseau juridique canadien VIH/sida. « Consentement : La non-divulgence du VIH et la loi sur l'agression sexuelle » documentaire en ligne (Goldelox Production, 2016).
- . Feuille d'information, « Les registres des délinquants sexuels : Feuille d'information » (avril 2017).
- . Feuille d'information, « La criminalisation du VIH au Canada : Contexte actuel et plaidoyer » (16 décembre 2016).
- . « Positive Women: Exposing Injustice: What if you knew you could go to prison for something you couldn't change? » Document en ligne (Goldelox Production, 2012).
- . Communiqué de presse, « Une nouvelle coalition canadienne pour réformer la criminalisation du VIH voit le jour » (2 novembre 2016).
- . Communiqué de presse, « Recommandations historiques d'experts de l'ONU à l'intention du Canada : Cesser la criminalisation injuste du VIH, abolir la loi qui entrave les services de

consommation supervisée et implanter des programmes de seringues en prison » (18 novembre 2016).

———. Feuillelet d'information, « Les femmes et la criminalisation de la non-divulgation de la séropositivité au VIH » (16 février 2017).

Réseau juridique canadien VIH/sida et Coalition interagence sida et développement, documents d'information, « Répondre aux comportements à risque pour le VIH : un rôle pour les politiques et lois de santé publique » (septembre 2010).

Shining Mountains Living Community Services. Site Web. « Programs & Funders » (août 2017).

Tk'emlúps te Secwépemc. Site Web. « Medical » (août 2017).

Ts'ewulhtun Health Centre. Site Web. « Home » (août 2017).

Two-Spirited People of the First Nations. Site Web. (août 2017).

Two-Spirited People of Manitoba Inc. Site Web. « Home » (août 2017).

Vancouver Native Health Society. Site Web. « Research » (août 2017).

Wabano Centre for Aboriginal Health. Site Web. « Programs » (août 2017).

Women's Health in Women's Hands. Site Web. « Research: Chronic Illnesses/Diseases: HIV/AIDS » (août 2017).