

MODÈLE DE POLITIQUE POUR

LES POURSUITES INTENTÉES DANS LE CADRE D’AFFAIRES CRIMINELLES LIÉES AU VIH AU CANADA



Table des matières

Introduction	3
Modèle de politique régissant les poursuites	5
A. Modération dans les poursuites.....	5
Affaires ne justifiant pas d'engager des poursuites.....	6
Poursuite pour une infraction à caractère non sexuel.....	6
B. Critère de la preuve : probabilité raisonnable de condamnation.....	7
Comprendre les meilleures données scientifiques disponibles concernant le VIH et les autres IST	7
Obtenir l'avis d'experts scientifiques	8
Agressions à caractère non sexuel.....	8
Accusations d'agression sexuelle.....	8
Risque important de lésions corporelles graves/Possibilité réaliste de transmission du VIH.....	9
Présence ou absence de mens rea.....	9
C. Considérations d'intérêt public.....	10
D. Mise en liberté sous caution (mise en liberté provisoire par voie judiciaire)	11
E. Conduite des poursuites.....	12
Protection de la vie privée du plaignant et de l'accusé	12
Éviter tout commentaire pouvant se révéler préjudiciable ou incendiaire.....	13
F. Détermination de la peine.....	14
Le droit pénal dans le contexte du VIH au Canada	15
Évolution du droit	15
Charge virale.....	16
Utilisation du préservatif.....	17
Recours aux accusations d'agression sexuelle.....	19
Préoccupations concernant la criminalisation du VIH	20
Annexe A : Orientations existantes pour les procureurs sur les affaires pénales liées au VIH	21
Directive fédérale	21
Politiques provinciales	22
Ontario.....	22
Colombie-Britannique.....	22
Autres provinces.....	24
Recommandation du Parlement pour assurer la cohérence des politiques à l'échelle du pays	25
Orientations internationales.....	25
Annexe B : Déclaration de consensus d'experts sur la connaissance scientifique relative au VIH dans le contexte du droit pénal (2018)	27
Annexe C : Ressources utiles	60
Références	62

CE RAPPORT A ÉTÉ RÉDIGÉ PAR RICHARD ELLIOTT, CÉCILE KAZATCHKINE ET INDIA ANNAMANTHADOO. LA RÉVISION A ÉTÉ EFFECTUÉE PAR SANDRA KA HON CHU.

Introduction

La criminalisation de la non-divulgence du VIH a de graves conséquences sur la vie des personnes concernées et constitue un obstacle manifeste à la réalisation de nos objectifs de santé publique.¹

- **Comité permanent de la justice et des droits de la personne de la Chambre des communes, *La criminalisation de la non-divulgence de la séropositivité au Canada* (juin 2019)**

Le Canada est considéré comme l'un des points névralgiques mondiaux en matière de poursuites liées au VIH. Jusqu'à présent, plus de 200 poursuites pour non-divulgence présumée du VIH ont été intentées au Canada. De nombreux intervenants, dont le gouvernement fédéral, le Comité permanent de la justice et des droits de la personne de la Chambre des communes, les organismes internationaux de santé et de défense des droits de la personne, la communauté scientifique canadienne, la communauté des personnes concernées par le VIH au Canada, ainsi que les défenseurs des droits des femmes, ont dénoncé l'approche trop générale et punitive des dispositions pénales appliquées au Canada en matière de VIH.²

Conformément aux principes fondamentaux régissant la fonction de procureur, ces derniers ont la possibilité, voire l'obligation, de s'assurer que toutes les poursuites impliquant des allégations de non-divulgence, d'exposition au VIH ou de transmission du virus sont menées de manière équitable et objective, reposent sur les preuves médicales et scientifiques les plus solides et les plus récentes, garantissent les droits et la dignité de toutes les personnes impliquées dans une procédure et sont fondées sur l'intérêt public.³ Des lignes directrices précises en matière de poursuites judiciaires liées au VIH peuvent contribuer tant à guider les procureurs qu'à éviter que l'application de la loi n'entraîne des incohérences ou n'occasionne une iniquité, ainsi qu'à prévenir les poursuites qui ne reflètent pas ces principes de base ou qui ont peu de chances d'aboutir.⁴



« Les directives à l'intention des policiers et des procureurs peuvent assurer la protection des individus contre des enquêtes et des poursuites trop larges, mal renseignées ou injustes. Ces directives peuvent contribuer à garantir que toute enquête policière ou poursuite est fondée sur les meilleures données scientifiques disponibles sur le VIH, respecte les principes juridiques et les droits de la personne, traite de la même manière des préjudices similaires et s'aligne sur les stratégies de santé publique ». [notre traduction]

— ONUSIDA, *Ending overly broad criminalisation of HIV non-disclosure, exposure and transmission: critical scientific, medical and legal considerations* (2013)

À ce jour, le gouvernement fédéral et quelques gouvernements provinciaux ont élaboré une politique en matière de poursuites judiciaires pour les affaires liées au VIH. Toutefois, le Comité permanent de la justice et des droits de la personne de la Chambre des communes a reconnu dans son rapport de 2019 « le fait que les directives relatives aux poursuites existantes créent des normes différentes d'une province à l'autre entraînant une incohérence dans l'application des dispositions pénales au Canada. Le Comité estime qu'il faut corriger immédiatement la situation afin que toutes les personnes ayant commis des gestes similaires au Canada soient traitées de la même manière. »⁵ À ce titre, le Comité a recommandé l'élaboration d'une directive commune pancanadienne en matière de poursuites qui permettrait notamment de :

- « mettre fin aux poursuites pénales dans les affaires de non-divulgence de la séropositivité, sauf dans les cas où il y a transmission réelle du virus;
- s'assurer que les facteurs à respecter pour entreprendre de telles poursuites tiennent compte des données médicales les plus récentes sur le VIH et les modes de transmission du virus en considérant le critère de la possibilité réaliste de transmission. Pour le moment, la non-divulgence de la séropositivité ne devrait jamais être passible de poursuites si (1) la personne infectée présente une charge virale indétectable (moins de 200 copies par millilitre de sang); (2) un préservatif a été utilisé; (3) le partenaire de la personne infectée reçoit la prophylaxie préexposition ou (4) le type de rapport sexuel (comme le sexe oral) présente un risque négligeable de transmission. »⁶

Ce document a pour objectif d'aider les autorités judiciaires à élaborer les directives susnommées afin d'éviter l'utilisation préjudiciable du droit pénal en matière de VIH et de garantir l'utilisation judicieuse des ressources limitées allouées aux poursuites. Bien que d'autres infections sexuellement transmissibles puissent soulever des préoccupations similaires à celles du VIH, ce sont surtout les cas impliquant le VIH qui ont entraîné des poursuites et la formulation de commentaires juridiques. De ce fait, le présent document traite principalement des poursuites liées au VIH.

Modèle de politique régissant les poursuites

Les autorités canadiennes responsables des poursuites peuvent adopter le modèle de politique figurant ci-dessous afin de limiter le recours au droit criminel dans les cas d'allégations de non divulgation, d'exposition ou de transmission du VIH. Les énoncés du modèle de politique sont tirés de diverses sources et s'en inspirent largement, parfois même textuellement. Parmi ces sources, on peut donc citer :

- le libellé de la politique régissant les poursuites déjà adoptée dans certaines juridictions au Canada;
- la jurisprudence, principalement au Canada, mais parfois provenant d'autres juridictions lorsque cette jurisprudence s'est révélée pertinente;
- les conclusions des experts scientifiques œuvrant dans le domaine du VIH;
- les recommandations de Justice Canada et du Parlement;
- les conseils d'organismes internationaux ayant une expertise en matière de droit et de politique liés au VIH, notamment l'ONUSIDA et les *Orientations pour les procureurs sur les affaires pénales liées au VIH* publiées par le PNUD en 2021;⁷
- les recommandations des organismes du secteur du VIH situés au Canada.⁸

A. Modération dans les poursuites

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) constitue avant tout un problème de santé publique. À ce titre, les efforts déployés par les autorités de santé publique pour détecter et traiter le VIH ont permis d'améliorer considérablement l'état de santé des personnes vivant avec le VIH au Canada, ainsi que de prévenir sa transmission.

Les affaires impliquant une allégation de non-divulgation du VIH à un partenaire sexuel sont délicates et complexes. L'épidémie de VIH a touché de manière disproportionnée les personnes socialement et économiquement marginalisées. De ce fait, les poursuites liées au VIH sont susceptibles de toucher de façon démesurée ces mêmes groupes. Les personnes vivant avec le VIH sont confrontées à une stigmatisation importante et permanente liée à leur séropositivité, souvent associée à une forme de discrimination. La désinformation concernant le VIH et sa transmission alimente tant la stigmatisation que les préjugés à l'encontre des personnes vivant avec le VIH, ce qui nuit à la mise en œuvre de mesures efficaces de santé publique.

Les procureurs de la Couronne doivent prendre les précautions nécessaires pour ne pas entamer de poursuites qui saperaient les efforts de santé publique, discriminent les personnes vivant avec le VIH ou qui renforceraient les préjugés, les idées préconçues ou les peurs irrationnelles de la société à l'égard du VIH. Par conséquent, dans le cadre des poursuites judiciaires liées au VIH, les procureurs doivent faire preuve de modération et de prudence. En outre, toute poursuite doit être étayée par les preuves médicales et scientifiques les plus récentes et les plus fiables concernant le VIH.

Au lieu d'engager des poursuites pénales, les procureurs de la Couronne devraient envisager le recours à une intervention des autorités de santé publique en vertu de la réglementation en la matière. En effet, ces mesures sont à la fois disponibles et efficaces, en particulier si ce type d'intervention n'a jamais été essayé avec la personne accusée. La priorité devrait être accordée à l'accès des plaignants à des mesures de soutien, notamment à des conseils et à des soins médicaux si nécessaire, plutôt que d'engager des poursuites pour non-divulgation alléguée du VIH.

Affaires ne justifiant pas d'engager des poursuites

Conformément aux directives internationales, les procureurs de la Couronne devraient, au minimum, s'abstenir d'engager des poursuites en l'absence de preuves crédibles que la personne accusée a intentionnellement transmis le VIH.⁹

Les procureurs de la Couronne ne doivent pas engager de poursuites pour non-divulgence, exposition ou transmission alléguée du VIH à un partenaire sexuel si, au moment du rapport en question,

- (a) l'activité sexuelle en question ne présentait pas de possibilité réaliste de transmission ou la personne accusée croyait honnêtement à l'absence de possibilité de transmission (voir ci-dessous);
- (b) ou la personne accusée, soit :
 - ignorait qu'elle était séropositive;
 - ne savait pas ou ne comprenait pas comment le VIH se transmet;
 - avait des motifs raisonnables de croire que son partenaire sexuel connaissait sa séropositivité et savait que le VIH est une infection transmissible;
 - avait des motifs raisonnables de croire que, compte tenu des circonstances du rapport sexuel, son partenaire sexuel était conscient des risques associés aux rapports sexuels avec une personne de sérologie inconnue et consentait à les assumer;
 - n'a pas divulgué son infection parce qu'elle avait des motifs raisonnables de craindre un acte de violence ou d'autres formes de représailles graves;
 - a été contrainte à l'activité sexuelle en question par la force ou d'autres moyens coercitifs;
 - a pris des mesures concrètes ou des précautions pour prévenir la transmission (par exemple, la prise d'un traitement antirétroviral, l'utilisation d'un préservatif ou d'autres dispositions pour éviter certains actes sexuels) ou n'était pas en mesure de prendre ces précautions (par exemple, parce qu'elle n'avait pas un accès raisonnable au traitement, ou qu'elle avait des motifs raisonnables de craindre un acte de violence ou d'autres formes de représailles graves) ou a proposé de prendre des précautions, mais son partenaire sexuel les a refusées.

Poursuite pour une infraction à caractère non sexuel

Les infractions sexuelles qui impliquent l'usage de la contrainte, de la force ou de la violence ne doivent pas être assimilées à des affaires fondées sur des allégations de non-divulgence du VIH. Les poursuites intentées pour non-divulgence du VIH se distinguent des autres poursuites pour agression sexuelle en raison de la nature consensuelle du rapport sexuel, à l'exception de la non-divulgence alléguée. Il existe de sérieuses préoccupations quant aux poursuites en tant qu'agression sexuelle de la non-divulgence du VIH dans le cadre d'un rapport sexuel par ailleurs consensuel. Ces poursuites sont en effet à la fois excessivement punitives (notamment l'inscription obligatoire à vie au registre des délinquants sexuels à la suite d'une condamnation) et portent préjudice aux lois sur les agressions sexuelles en tant que moyen de lutter contre la violence sexuelle.

Dans les cas exceptionnels où une poursuite est engagée pour un cas de non-divulgence, les procureurs de la Couronne doivent poursuivre en priorité pour une infraction non sexuelle, plutôt que pour une infraction sexuelle, lorsque cette infraction à caractère non sexuel reflète mieux l'acte répréhensible commis. Cela permettra au procureur de la Couronne de disposer d'une plus grande souplesse, notamment d'un plus large éventail de possibilités de résolution et de détermination de la peine, et ce, afin de garantir au mieux la protection du public et l'équité envers l'accusé et le plaignant.

B. Critère de la preuve : probabilité raisonnable de condamnation

Comprendre les meilleures données scientifiques disponibles concernant le VIH et les autres IST

Les poursuites doivent s'appuyer à tous les stades sur les preuves les plus fiables. Les avocats de la Couronne doivent s'assurer qu'ils ont une *compréhension exacte de la science pertinente* sur la transmission et le traitement du VIH. Les procureurs doivent connaître, au minimum, les faits scientifiques suivants :

- Le VIH ne se transmet pas facilement. C'est un virus relativement fragile qui se transmet par des voies spécifiques et bien précises. Il n'est pas transmissible par voie aérienne, par gouttelettes, par fomite, par contact ni par vecteur, et ne peut pas pénétrer dans le corps humain à travers un épiderme intact.
- La possibilité de transmission du VIH au cours d'un seul rapport sexuel oral va de négligeable (dans des circonstances très inhabituelles et extrêmes) à nulle.
- La possibilité de transmission du VIH lors d'un seul acte sexuel vaginal ou anal varie de faible à nulle, selon les circonstances. Par exemple, même sans préservatif ou sans suppression de la charge virale, la probabilité de transmission lors d'un rapport sexuel vaginal est estimée à 8 sur 10 000.
- Il n'existe aucune possibilité de transmission du VIH lors d'un seul acte sexuel vaginal, anal ou oral lorsque le partenaire séropositif a une charge virale indétectable (ou « supprimée »).
- Il n'y a aucune possibilité de transmission du VIH lorsqu'un préservatif en latex ou en polyuréthane est utilisé correctement, c'est-à-dire que son intégrité n'est pas compromise et qu'il a été porté tout au long de l'acte sexuel en question.
- La possibilité de transmission du VIH lors d'un rapport vaginal-pénien lorsque le partenaire séropositif a une faible charge virale ou utilise un préservatif, ou que le partenaire séronégatif prend une PrEP, varie de nulle à négligeable selon les circonstances.

- La possibilité de transmission du VIH lors d'un rapport anal-pénien lorsque le partenaire séropositif a une faible charge virale ou utilise un préservatif, ou que le partenaire séronégatif prend une PrEP, varie de nulle à négligeable selon les circonstances. On retrouve une probabilité équivalente que le partenaire recevant la pénétration soit un homme ou une femme.
- Il n'existe aucune possibilité de transmission du VIH par la salive, même si cette dernière contient de petites quantités de sang. La possibilité de transmission du VIH à l'occasion d'une morsure va de négligeable (dans des circonstances très inhabituelles et extrêmes) à nulle.
- L'espérance de vie de la plupart des personnes vivant avec le VIH et qui ont accès aux thérapies antirétrovirales modernes a augmenté au point d'être similaire à celle des personnes séronégatives, transformant ainsi l'infection par le VIH en maladie chronique gérable.
- À elle seule, l'analyse phylogénétique ne peut pas prouver qu'un défendeur a infecté un plaignant avec le VIH. Il est important de noter que l'analyse phylogénétique peut disculper un défendeur lorsque les résultats excluent que le défendeur est la source de l'infection par le VIH d'un plaignant.

Ces informations se trouvent dans l'Énoncé de consensus canadien sur le VIH et sa transmission dans le contexte du droit criminel, auquel les procureurs de la Couronne doivent se référer pour les poursuites intentées dans le cadre d'affaires criminelles liées au VIH.¹⁰ Dans certains cas, le simple fait de se référer à cette liste ou de consulter d'autres ressources fiables (telles que celles énumérées à l'annexe B) peut permettre d'établir rapidement et de manière concluante qu'il n'existe pas de fondement scientifique pour porter une accusation ou pour tenter une poursuite pénale, évitant ainsi des poursuites inutiles et une mauvaise utilisation des ressources.

Obtenir l'avis d'experts scientifiques

Dans des circonstances plus complexes, les procureurs de la Couronne doivent demander l'avis d'un expert scientifique qualifié le plus tôt possible et faire appel, si nécessaire, à d'autres experts au cours des poursuites. Cet avis d'expert doit aborder des questions telles que la possibilité de transmission du VIH associée à l'acte ou aux actes qui sont allégués comme fondement d'une éventuelle poursuite, ainsi que les dommages corporels associés à l'infection par le VIH.

Si la transmission du défendeur au plaignant est alléguée, un expert en la matière doit indiquer si les preuves présentées peuvent établir la transmission avec le degré de certitude requis par la loi. Si une telle preuve scientifique est requise dans le cadre de la confirmation d'un cas de transmission réelle, le tribunal devra faire appel à un expert en virologie judiciaire spécialisé dans la complexité et les limites de l'analyse phylogénétique.

Pour faciliter le règlement rapide des affaires, les procureurs de la Couronne doivent divulguer le plus tôt possible le rapport d'expertise scientifique ou médicale (ou le résumé de l'avis qui sera fourni et les motifs de cette opinion).

Agressions à caractère non sexuel

Tel que mentionné plus haut, la possibilité de transmission du VIH en cas de **morsure, de crachat ou de dispersion d'un fluide corporel** vers ou sur une autre personne va de négligeable (dans des circonstances très inhabituelles et extrêmes) à nulle. Par conséquent, si de tels actes peuvent constituer une agression aux yeux de la loi, la séropositivité de la personne accusée du comportement en question ne saurait être pertinente. Dans ce cas, les procureurs de la Couronne ne doivent pas initier de poursuites en raison de la séropositivité de l'accusé, ni renforcer les accusations portées ou la peine demandée en cas de condamnation en s'appuyant sur ce motif.

Accusations d'agression sexuelle

Comme indiqué plus haut, même dans les cas de poursuites engagées pour **non-divulgence à un partenaire sexuel**, les procureurs de la Couronne devraient généralement privilégier les poursuites pour agression non sexuelle. Dans le cas d'une poursuite pour agression (sexuelle), le procureur de la Couronne doit garder à l'esprit les éléments de preuve nécessaires suivants (conformément à *R. c. Cuerrier*, [1998] 2 RCS 371, *R. c. Mabior*, 2012 CSC 47) :

- l'accusé devait savoir qu'il vivait avec le VIH avant l'acte sexuel;
- l'accusé n'a pas divulgué qu'il vivait avec le VIH avant l'acte sexuel;
- l'acte sexuel a impliqué une transmission effective, ou une possibilité réaliste de transmission, du VIH;
- le plaignant n'aurait pas consenti à l'activité sexuelle s'il avait été informé du fait que la personne accusée vit avec le VIH.

Si le plaignant connaissait la séropositivité de la personne accusée avant l'acte sexuel et qu'il a consenti à cet acte, il n'existe ni « fraude » ni infraction.

S'il n'y a pas eu de transmission effective ou de possibilité réaliste de transmission, il n'existe ni « fraude » ni infraction.

Risque important de lésions corporelles graves/Possibilité réaliste de transmission du VIH

L'application actuelle du droit en matière d'agression sexuelle à la non-divulgence du VIH requiert que la Couronne prouve un « risque important de lésions corporelles graves » avant que la non-divulgence du VIH puisse constituer une « fraude » invalidant le consentement du partenaire aux relations sexuelles : *R. c. Cuerrier*, [1998] 2 CSC 371. Les procureurs de la Couronne doivent consulter un expert scientifique qualifié pour savoir si, dans les circonstances d'une affaire donnée, il existe des preuves crédibles pour satisfaire à cette exigence en matière de preuve.

Dans le cadre spécifique du VIH, le risque important de lésions corporelles graves signifie une « possibilité réaliste de transmission du VIH » : *R. c. Mabior*, 2012 CSC 47. Plus précisément, dans une affaire impliquant le VIH, des poursuites ne seront pas intentées :

- Lors d'un acte sexuel vaginal ou anal, dans les cas où :
 - la personne accusée présente une charge virale **supprimée** (moins de 200 copies par millilitre de sang) ou **faible** (Par ex. moins de 1500 copies par ml de sang), ou présente probablement une charge virale faible ou supprimée parce qu'elle **prenait le traitement** tel que prescrit;
 - un **préservatif a été utilisé**, qu'il s'agisse d'un préservatif fait en latex polyuréthane, ou d'une autre matière dont il est prouvé qu'elle est aussi efficace pour empêcher la transmission du VIH;
 - la personne accusée a été informée ou savait que son partenaire sexuel suivait la prophylaxie préexposition (ou **PrEP**) avec des médicaments antirétroviraux.
- Dans le cas d'un acte **sexuel oral**.

Présence ou absence de mens rea

La *mens rea*, y compris l'intention de transmettre le VIH, ne peut être présumée ou établie uniquement au motif de la non-divulgence de la séropositivité ou de certaines activités (par exemple, des rapports sexuels sans préservatif). Il existe de nombreuses raisons pour lesquelles une personne peut omettre de divulguer son statut, en faire une fausse représentation ou encore ne pas être en mesure de prendre des précautions pour éviter la transmission du VIH. Cela ne signifie pas pour autant qu'une personne a l'intention de porter préjudice à ses partenaires ou qu'elle n'a pas de considération pour la santé de ces derniers. Tant le contexte que les circonstances dans lesquels la fausse représentation ou la non-divulgence présumée a eu lieu, y compris l'état mental de la personne vivant avec le VIH et les raisons du comportement présumé, doivent être pris en considération.

Pour établir l'intention de transmettre, il faut prouver que la personne accusée a pris des mesures concrètes pour transmettre le virus à son partenaire, soit dans le but précis de le faire, soit en sachant avec une quasi-certitude qu'une transmission en résulterait.

À l'inverse, le fait de prendre des précautions pour prévenir ou réduire la possibilité de transmission du VIH devra constituer un facteur excluant l'existence de toute intention malveillante et pourrait, selon les circonstances, également exclure l'existence de l'imprudence ou de la négligence criminelle. Il en va de même si la personne est convaincue que son partenaire prend des précautions efficaces pour prévenir la transmission du VIH (par exemple, utilise un préservatif ou une prophylaxie préexposition).

Les procureurs de la Couronne doivent tenir compte de ces facteurs pour évaluer si la preuve établit que la personne avait la *mens rea* requise pour procéder à une éventuelle mise en accusation.

C. Considérations d'intérêt public

Dans le contexte particulier des poursuites liées au VIH ou aux STI, le procureur de la Couronne doit évaluer l'intérêt public d'engager une poursuite selon les facteurs suivants :

- si la non-divulgence de la séropositivité était un incident isolé ou rare et s'il n'existe aucune preuve d'antécédents de non-divulgence faisant courir un risque important d'infection aux partenaires sexuels;
- s'il y a eu simple non-divulgence de la séropositivité ou si la personne accusée a trompé ou induit sciemment en erreur le plaignant à ce sujet;
- s'il existe un possible déséquilibre de pouvoir dans les relations intimes ou autres, à savoir si le défendeur a profité de la vulnérabilité du plaignant, mais aussi si le défendeur était dans une position vulnérable ou subordonnée par rapport au plaignant;
- si un préservatif a été utilisé, mais qu'il a glissé ou s'est rompu au cours du rapport sexuel, la personne vivant avec le VIH a immédiatement révélé sa séropositivité à son partenaire, ce qui a permis à ce dernier de demander immédiatement un avis médical et, le cas échéant, de commencer un traitement anti-VIH (prophylaxie post-exposition);
- si les autorités de santé publique ont tenté d'intervenir et ont épuisé l'ensemble de leurs options, y compris celles disponibles en vertu de la législation applicable en matière de santé publique qui permettent de répondre à une préoccupation légitime concernant une menace régulière pour la santé d'autrui.
- s'il existe des conséquences potentiellement indûment sévères ou oppressives des poursuites et d'une condamnation pour le défendeur, y compris les risques pour la santé et la sécurité que pose l'incarcération pour un défendeur vivant avec le VIH, l'impact potentiel sur le statut d'immigré d'une personne, et toute mesure accessoire liée à une condamnation, y compris lorsqu'une accusation d'infraction sexuelle est utilisée pour poursuivre une personne vivant avec le VIH (par exemple, l'inscription obligatoire au registre des délinquants sexuels), et l'obligation de suivre un programme pour délinquants sexuels en prison comme condition de libération);
- si des poursuites ou, en cas de condamnation, une peine probable ou possible (par exemple, d'incarcération) auraient un impact sur d'autres personnes, telles que les enfants ou toute autre personne à charge du défendeur;
- si une procédure pénale offre une perspective réaliste d'obtenir une réparation ou reconnaissance importante du grief légitime du plaignant (par exemple, la reconnaissance du préjudice subi);
- si les alternatives aux poursuites, y compris les mesures de déjudiciarisation et les éventuels programmes de justice réparatrice, peuvent offrir une solution satisfaisante.

D. Mise en liberté sous caution (mise en liberté provisoire par voie judiciaire)

Il existe une présomption découlant de la Constitution en faveur de la mise en liberté provisoire par voie judiciaire. La détention sous garde peut entraîner des conséquences désastreuses pour les personnes vivant avec le VIH ou le sida, notamment l'interruption potentielle des traitements antirétroviraux et des soins médicaux nécessaires. Le VIH, tout comme les infractions sexuelles, sont fortement stigmatisés en milieu carcéral, ce qui peut augmenter les risques de menaces et de violences à l'égard d'une personne vivant avec le VIH détenue dans l'attente d'un procès pour infraction sexuelle. Par ailleurs, les mesures de prévention de la transmission du VIH en milieu carcéral sont loin d'être équivalentes à celles disponibles au sein de la communauté.

Les procureurs doivent en général consentir à la mise en liberté des personnes poursuivies pour des infractions impliquant la non-divulgence du VIH, la libération sous caution de la Couronne ne devant être refusée que dans des circonstances exceptionnelles. Les conditions de mise en liberté sous caution demandées par les procureurs doivent être proportionnées et liées de manière rationnelle à l'infraction alléguée. Les conditions de mise en liberté sous caution ne doivent pas porter atteinte de manière disproportionnée au droit à la vie privée et à l'intégrité sexuelle et physique de la personne accusée.

E. Conduite des poursuites

Les procureurs de la Couronne doivent prendre les précautions nécessaires pour ne pas entamer de poursuites qui renforcerait les préjugés, les idées préconçues ou les peurs irrationnelles de la société à l'égard du VIH ou qui saperaient les efforts de santé publique visant à prévenir la propagation du VIH et des autres IST.

Protection de la vie privée du plaignant et de l'accusé

Les poursuites intentées pour des infractions sexuelles alléguées peuvent susciter une publicité négative, d'autant plus si elles impliquent des allégations de non-divulgaration ou de transmission du VIH, cet état de santé restant fortement stigmatisé. La Cour suprême du Canada a reconnu que la perte de l'intimité liée à la communication d'un état pathologique stigmatisé peut constituer une grave atteinte à la dignité d'une partie lors d'une procédure judiciaire. En outre, selon les faits propres à chaque cas, cette perte peut constituer un motif suffisant pour limiter l'ouverture des audiences dans le cadre des poursuites judiciaires et accorder des mesures de protection de la vie privée : *Sherman (Succession) c. Donovan*, 2021 CSC 25. La Cour a précisé qu'il est nécessaire de se demander si les renseignements révèlent des éléments intimes et personnels sur la personne, son mode de vie ou ses expériences.

La protection de la vie privée est un enjeu important tant pour le plaignant, qui est contraint par la poursuite de communiquer des détails intimes et privés telles que l'activité sexuelle, que pour le défendeur qui, par définition, fait face à une allégation (et non à un ensemble de faits prouvés). Outre sa valeur intrinsèque, la protection de la vie privée peut permettre aux témoins de livrer un récit plus complet et plus franc lors de leur témoignage. Dans certains cas, elle peut également contribuer à protéger les témoins contre les intimidations et les représailles. Étant donné le niveau élevé de stigmatisation dont souffrent les personnes vivant avec le VIH, les procureurs de la Couronne doivent par ailleurs être conscients des effets négatifs de la divulgation de la séropositivité d'une personne dans le cadre de la publicité des débats judiciaires.

À chaque étape de la poursuite, les procureurs de la Couronne doivent s'assurer que les intérêts de la vie privée de l'accusé comme du ou des plaignants sont, dans la mesure du possible pris en compte. Ces intérêts comprennent le respect de la confidentialité de l'identité et du statut VIH. À cette fin, les procureurs de la Couronne (de même que l'avocat de la défense et le tribunal) doivent envisager de prendre ou de demander que diverses mesures soient prises pour garantir la protection de la vie privée, tant au cours du procès qu'avant celui-ci et dans toute procédure préliminaire ou ultérieure connexe, telles que des ordonnances du tribunal pour :

- permettre de recevoir la preuve à huis clos dans le cas de témoins spécifiques;
- protéger l'identité des participants à la procédure en expurgeant les documents et/ou en exigeant l'utilisation d'initiales ou de pseudonymes dans la procédure et dans tout dossier de cours accessible au public;
- limiter l'introduction d'informations provenant de dossiers médicaux confidentiels à celles qui sont strictement liées aux faits en cause dans la procédure;
- restreindre l'accès aux documents déposés dans le cadre de la procédure judiciaire pour empêcher une divulgation publique plus large de ces informations;
- empêcher la publication plus large, par le biais de tout document, communication médiatique ou autre transmission (y compris, par exemple, les communiqués des corps policiers), de l'identité du plaignant et du défendeur ou de toute information susceptible de les identifier; ou
- exclure le public de la salle d'audience, en limitant l'accès à la famille proche, aux amis ou aux personnes soutenant le plaignant et le défendeur, et peut-être l'accès aux médias d'information soumis à une interdiction de publication telle que celle décrite ci-dessus.

Éviter tout commentaire pouvant se révéler préjudiciable ou incendiaire

Compte tenu de la stigmatisation entourant le VIH et des préjugés sociétaux courants liés aux discussions sur le virus (y compris liés aux questions de genre, de sexe, de sexualité et de consommation de drogues), les procureurs doivent éviter de formuler tout argument ou commentaire, que ce soit à l'intention du jury ou du juge pendant le procès ou à l'intention des médias avant, pendant et après le procès, qui pourraient conduire à un procès inéquitable ou à un appel. Il s'agit notamment de comportements faisant appel à la peur, à l'émotion ou aux préjugés, notamment par l'utilisation d'un langage incendiaire ou stigmatisant (par exemple, parler du VIH comme d'une « condamnation à mort » ou désigner les personnes vivant avec le VIH, par exemple un défendeur, par des termes tels que « porteur du sida »).

F. Détermination de la peine

Les procureurs doivent veiller à ce que les peines ne soient ni discriminatoires ni disproportionnées. Dans le cadre des poursuites pénales liées au VIH, l'expérience montre que les questions de discrimination et de proportion soulèvent des préoccupations sérieuses. En effet, le processus de détermination de la peine, tout comme les autres étapes de la poursuite, peuvent être entachées par la stigmatisation ou les préjugés de toutes sortes associés au VIH.

La séropositivité d'une personne, pas plus que l'orientation sexuelle, l'identité de genre, le statut d'émigrant, l'utilisation de drogues ou la vente ou l'achat de services sexuels, ne justifie en soi l'imposition d'une peine privative de liberté. Cela ne constitue pas non plus un motif pour imposer des peines plus sévères ou plus strictes, ni des conditions de libération conditionnelle ou de probation après la sortie de prison. Les procureurs de la Couronne doivent aider le tribunal à tenir compte du genre et d'autres facteurs potentiellement pertinents. Cela signifie, entre autres, qu'il faut tenir compte des effets de la violence basée sur le genre ou autre type de violence qu'un défendeur peut avoir subie, ou de la grossesse ou des responsabilités familiales d'une personne (et le fardeau que représente l'incarcération du défendeur sur les personnes à sa charge). De même, les autres circonstances d'un défendeur (par exemple, des facteurs tels que l'état de santé, l'orientation sexuelle, l'identité de genre ou le fait d'être un migrant) qui peuvent jouer sur le fardeau que représente l'incarcération ou les peines non privatives de liberté doivent être prises en considération afin d'éviter des difficultés excessives et de ne pas compromettre les possibilités de réinsertion. Tel que précisé plus haut dans la partie concernant la mise en liberté sous caution, une peine privative de liberté peut avoir des conséquences disproportionnées sur la santé des personnes vivant avec le VIH ou le SIDA.

Les procureurs de la Couronne doivent également tenir compte de la surreprésentation chronique de certaines communautés, en particulier les Noirs et les Autochtones, dans le système de justice pénale de même que dans les systèmes correctionnels fédéraux et provinciaux. Dans les poursuites liées au VIH, comme dans les autres poursuites, les procureurs de la Couronne doivent tenir compte des directives fournies par les tribunaux (par exemple, *R. c. Gladue*, [1999] 1 R.C.S. 688 ; *R. c. Ipeelee*, 2012 CSC 13) et des autres politiques applicables en ce qui concerne la détermination de la peine des accusés autochtones ou d'autres groupes racialisés.

Comme pour les autres poursuites, les procureurs ne doivent requérir une peine de prison que lorsqu'aucune autre sanction n'est proportionnée à la gravité de l'infraction et à la manière dont elle a été commise, en tenant compte de toutes les circonstances aggravantes et atténuantes. Dans le contexte spécifique des poursuites liées au VIH, il peut s'agir des circonstances suivantes :

- les facteurs contribuant au manque d'accès de l'accusé à des informations et des traitements médicaux appropriés;
- la crainte raisonnable d'un défendeur que la divulgation de sa séropositivité à un partenaire sexuel ou le fait de prendre ou de proposer des mesures pour réduire la possibilité de transmission (par exemple, l'utilisation de préservatifs, l'abstention de certains actes sexuels) puisse entraîner des violences ou des représailles;
- l'absence de transmission du VIH en tant que circonstance atténuante;
- les répercussions potentielles de l'incarcération sur la santé et la sécurité de la personne condamnée vivant avec le VIH.

Même lorsque la transmission ou l'exposition au VIH qui est à la base des poursuites survient dans le contexte d'une rencontre sexuelle, les affaires liées au VIH ne sont pas des infractions sexuelles *en soi*. Par conséquent, si des circonstances exceptionnelles mènent un procureur à tenter des poursuites pour une infraction sexuelle (par ex. agression sexuelle) ce dernier devrait éviter, dans la mesure du possible, d'invoquer les diverses dispositions accessoires relatives à la peine qui peuvent entrer en jeu en cas de condamnation.

Le droit pénal dans le contexte du VIH au Canada

Le *Code criminel* ne comporte aucune infraction criminalisant spécifiquement la transmission, l'exposition ou la non-divulgence du VIH. Toutefois, à ce jour, les poursuites ont eu lieu en vertu de diverses dispositions dudit *Code*.

On recense au moins une douzaine de cas où des accusations criminelles ont été portées (ou renforcées) contre des personnes vivant avec le VIH ayant mordu ou craché, et ce, malgré le fait que l'on dispose depuis longtemps des données établissant l'impossibilité de transmettre le virus de cette façon. Toutefois, la grande majorité des poursuites ont été intentées pour des allégations de non-divulgence de la séropositivité (dont la personne vivant avec le VIH avait connaissance) à un partenaire sexuel.

En décembre 2020, on recensait au moins 224 poursuites liées à la non-divulgence, la plupart d'entre elles impliquant une exposition présumée au VIH plutôt qu'une réelle transmission.¹¹ L'obligation de révéler sa séropositivité avant un rapport sexuel a été établie par l'interprétation judiciaire de dispositions d'application générale du *Code criminel*. Il convient toutefois de préciser que la divulgation du VIH ne constitue pas un principe général. En 1998, la Cour suprême du Canada a conclu que les personnes vivant avec le VIH ont une obligation de divulgation à leur partenaire sexuel avant la pratique d'une activité sexuelle présentant un « **risque important de lésions corporelles graves** » : *R. c. Cuerrier*, [1998] 2 RSC 371. La Cour a statué que, dans une telle circonstance, le fait de ne pas divulguer ou de faire une fausse déclaration sur sa séropositivité pouvait constituer une « fraude » venant vicier le consentement aux relations sexuelles et transformant dès lors un rapport sexuel autrement consensuel en une agression sexuelle grave (conformément à l'article 265 du Code criminel). La Cour a statué que la Couronne doit également établir que le plaignant n'aurait pas consenti au rapport sexuel si ce dernier avait été informé de la séropositivité de son partenaire. En 2012, la Cour a conclu qu'un « risque important » existe lorsqu'il y a une « **possibilité réaliste de transmission du VIH** » : *R. c. Mabior*, 2012 RCS 47 et *R. c. D.C.*, 2012 RCS 48.¹² Par conséquent, l'interprétation et l'application de cette norme doivent être prises en considération par les procureurs (et les tribunaux) et s'appuyer sur les meilleures preuves scientifiques disponibles (voir ci-dessous).

Évolution du droit

Dans l'arrêt *Mabior*, la Cour suprême du Canada a conclu qu'il n'y a **pas d'obligation de divulguer** la séropositivité au VIH pour un acte sexuel vaginal ou anal si deux conditions sont remplies : un **préservatif** est utilisé **et** la personne séropositive au VIH possède une **charge virale « faible »** (définie comme étant de moins de 1 500 copies/ml). La Cour a conclu qu'il n'existe pas de possibilité réaliste de transmission dans ces circonstances. La combinaison de ces deux facteurs s'est avérée le seul cas où la Cour suprême a été disposée, sur la base des preuves qui lui ont été présentées dans cette affaire, à énoncer clairement l'absence d'obligation de divulgation. Cependant, la Cour a indiqué que d'autres circonstances pourraient occasionner une dispense d'obligation de divulgation. Elle a signalé que son jugement « *n'empêche pas la common law de s'adapter aux futures avancées thérapeutiques et aux circonstances où des facteurs de risque différents sont en cause* ».¹³

L'arrêt *Mabior* de la Cour Suprême a parfois été interprété comme une exigence de réunir systématiquement à la fois l'utilisation d'un préservatif et la présence d'une charge virale faible pour exclure la « possibilité réaliste de transmission du VIH » dans le cas d'un acte sexuel vaginal ou anal.¹⁴ Toutefois, étant donné que les experts scientifiques dans ce domaine s'entendent pour réfuter cette théorie et compte tenu de l'évolution ultérieure du droit, cette interprétation est de plus en plus contestée. Certains tribunaux ont considéré que cette interprétation était trop étroite et l'ont, de ce fait, rejetée. Ils ont par ailleurs précisé qu'il est impossible de comprendre que l'arrêt *Mabior* exige des tribunaux qu'ils ignorent les preuves scientifiques dont ils disposent pour l'affaire, notamment des facteurs tels que la charge virale de l'accusé et l'utilisation de préservatifs. La Cour suprême n'a pas encore statué sur la question. Il convient de noter que la politique régissant les poursuites de plusieurs juridictions a également déjà dépassé l'interprétation et l'application étroite de l'arrêt *Mabior* concernant la charge virale et l'utilisation de préservatifs.

Charge virale

Depuis l'arrêt *Mabior*, le droit relatif aux charges virales a considérablement évolué, tout comme les pratiques en matière de poursuites et, dans certaines juridictions, la politique régissant les poursuites. Bien que certains tribunaux aient à l'origine affirmé que l'arrêt *Mabior* signifie qu'une charge virale indétectable ne suffit pas à elle seule à écarter une possibilité réaliste de transmission, des décisions plus récentes ont établi le contraire. Par exemple, les juges des tribunaux de première instance de la Nouvelle-Écosse ont accepté, à la lumière des preuves scientifiques examinées, qu'une charge virale indétectable est suffisante en soi pour exclure une possibilité réaliste de transmission : *R. c. JTC*, 2013 NSPC 88 et *R. c. JTC*, 2013 NSPC 105. De même, en Ontario, dans l'affaire *R c C.B.*, 2017 ONCJ 545, la possibilité réaliste de transmission ayant été écartée en raison de la charge virale indétectable de l'accusé, ce dernier a été acquitté par le tribunal. Depuis l'arrêt *Mabior*, les accusations ont été retirées dans au moins cinq autres affaires parce que la charge virale de la personne accusée s'est avérée indétectable. Enfin, dans une affaire de 2019 en Ontario, bien que l'accusé n'ait pas utilisé de préservatif lors de rapports vaginaux, il a été acquitté parce que sa charge virale, sans toutefois être « indétectable », était « faible » (moins de 1 500 copies/mL). Ainsi, compte tenu de la preuve apportée par l'expert, le juge de première instance a conclu que la Couronne n'avait pas établi, en l'espèce, une possibilité réaliste de transmission : *R. c. Vatcher* (22 novembre 2019), Ottawa, numéro de dossier du greffe 0411-998-17-51-27 (O.C.J.)¹⁵ [Jugement en anglais uniquement.]

Charge virale et transmission du VIH

La charge virale est une mesure de la quantité de VIH dans le sang d'une personne. Une charge virale réduite améliore la santé et diminue, voire élimine, le risque de transmission du VIH. Un traitement efficace permet de faire chuter la charge virale à des niveaux où elle devient « indétectable ».

Les données médicales les plus récentes démontrent que le risque de transmission du VIH par voie sexuelle par une personne ayant une charge virale « indétectable » est nul.¹⁶ Cela a également été résumé dans la déclaration de consensus intitulée « Indétectable = Intransmissible ».¹⁷ Ce fait scientifique a été reconnu en 2017 par le Conseil des médecins hygiénistes en chef du Canada¹⁸ et, durant la Journée mondiale du sida de 2018, le gouvernement a officiellement approuvé la campagne « I = I ».¹⁹

Aux fins du droit criminel au Canada, une charge virale « faible » a été définie comme inférieure à 1 500 copies/ml et une charge virale « indétectable » (ou « supprimée ») a été établie comme inférieure à 200 copies/ml. Toutefois, ces définitions pourraient évoluer avec les progrès de la science.²⁰

Utilisation du préservatif

La Cour suprême a envisagé dès le départ dans l'affaire *Cuerrier* que l'usage du préservatif *pourrait* suffire à écarter la responsabilité pénale et qu'il s'agirait d'une question qu'il faudrait, en l'espèce, véritablement prouver et sur laquelle il faudrait statuer.²¹ En appliquant les principes de l'arrêt *Cuerrier*, les tribunaux canadiens ont par la suite statué à de nombreuses reprises que la Couronne devait prouver que les rapports sexuels se sont déroulés sans préservatif pour que le seuil du « risque important » soit atteint. Par conséquent, la portée du droit ne permet pas de criminaliser la non-divulgence par une personne vivant avec le VIH ayant utilisé un préservatif compte tenu de la très faible possibilité de transmission.²² Les tribunaux d'autres juridictions du Commonwealth ont également reconnu expressément que l'utilisation du préservatif peut permettre en soi d'exclure la responsabilité pénale en cas de non-divulgence du VIH.²³

Par la suite, en 2012, la Cour suprême du Canada a refusé, dans l'arrêt *Mabior*, que « les tribunaux prennent connaissance d'office du fait que l'emploi du condom écarte toujours le risque important de lésions corporelles graves » (c'est-à-dire une possibilité réaliste de transmission du VIH), en l'absence d'un consensus scientifique sur ce point.²⁴ Toutefois, comme plusieurs tribunaux l'ont expressément reconnu depuis, cette décision ne signifie pas que l'utilisation du préservatif ne peut jamais, à elle seule, écarter une possibilité réaliste de transmission. Par conséquent, les tribunaux doivent plutôt tenir compte des preuves dont ils disposent dans une affaire donnée, l'arrêt *Mabior* ne s'imposant pas en la matière : *R c. J.T.C.*, 2013 NSPC 88 (YJ Ct) et *R. v. J.T.C.*, 2013 NSPC 105; *R c. Thompson*, 2016 NSSC 134.

« Il doit y avoir une possibilité réaliste de transmission. Cette dernière est exclue par la présence d'une charge virale faible et l'utilisation d'un préservatif. La Cour [dans l'affaire *Mabior*] n'affirme aucunement qu'il s'agit de la seule façon d'exclure cette possibilité. Elle ne décrète pas qu'il n'est pas pertinent de recourir à un expert pour confirmer que le risque de transmission dans un cas particulier est effectivement nul. Cela reviendrait à dire que les faits n'ont aucune importance et qu'une personne séropositive est présumée infectieuse en dépit des faits... les arrêts [*Mabior* et *D.C.*] n'avaient pas pour but, à mon avis, de substituer les faits scientifiques aux conclusions juridiques. »

— *R c. J.T.C.*, 2013 NSPC 105 au para 85, appliqué à *R c. Thompson*, 2016 NSSC 134

Il existe un consensus scientifique en matière de possibilité de transmission du VIH associée aux rapports sexuels vaginaux avec un préservatif. En effet, tant les experts canadiens qu'internationaux s'accordent sur le fait que, selon les circonstances, cette possibilité va de nulle à négligeable. L'utilisation correcte d'un préservatif pendant les rapports sexuels rend la transmission du VIH impossible, étant donné que le VIH ne traverse pas la membrane intacte d'un préservatif en latex ou en polyuréthane.

Les procureurs et les tribunaux disposent donc d'une base solide pour conclure qu'aucune poursuite ou condamnation n'est justifiée dans une affaire où un préservatif a été utilisé pour un rapport sexuel vaginal ou anal; l'arrêt *Mabior*, quant à lui, n'écarte pas cette possibilité.

Le consensus scientifique a eu une incidence sur certains commentaires judiciaires et dans les lignes directrices en matière de poursuites depuis l'arrêt *Mabior*, mais n'a pas encore été tranché par le droit. Comme ce fut le cas à l'origine pour la question de la charge virale, au moins un tribunal a interprété l'arrêt *Mabior* en statuant que l'utilisation du préservatif n'écarte pas, à elle seule, la possibilité réaliste de transmission (et qu'elle doit au contraire toujours s'accompagner d'une faible charge virale chez la personne vivant avec le VIH) : *R c. NG*, 2020 ONCA 494. En revanche, au moins un tribunal a jugé que, indépendamment de la charge virale de l'accusé, l'utilisation correcte du préservatif était en soi suffisante pour exclure une possibilité réaliste de transmission, et a acquitté une personne accusée de non-divulgence du VIH sur cette base : *R v. Thompson*, 2016 NSSC 134 (la conclusion n'a pas été infirmée en appel, 2018 NSCA 13). La directive du procureur général du Canada aux procureurs fédéraux stipule que les poursuites ne doivent généralement pas être intentées en cas d'utilisation du préservatif. En outre, la politique régissant les poursuites d'au moins une province précise que l'utilisation du préservatif constitue un facteur qui peut aller à l'encontre des poursuites (voir l'annexe A).

Lien entre usage du préservatif et transmission du VIH

Énoncé de consensus canadien (2014)

« Les condoms sont une pierre angulaire de la prévention du VIH. Les préservatifs en latex et en polyuréthane agissent comme une barrière physique imperméable à travers laquelle le VIH ne peut passer. **Utilisés correctement et en l'absence de bris, les condoms sont efficaces à 100 % pour empêcher la transmission du VIH...** Lorsque notre énoncé de consensus aborde la possibilité de transmission du VIH dans le contexte de l'utilisation d'un condom, nous tenons pour acquis que le condom a été placé sur le pénis et porté tout au long du rapport sexuel. »

« Lorsqu'un condom est utilisé ou que la personne séropositive au VIH suit un traitement antirétroviral efficace, la pénétration vagino-pénienne comporte une possibilité négligeable de transmission du VIH. »

« Lorsqu'un condom est utilisé, la pénétration ano-pénienne comporte une possibilité négligeable de transmission du VIH, peu importe que la personne séropositive au VIH prenne un traitement antirétroviral efficace ou non. »

Source : M. Loutfy, M. Tyndall et coll., « Énoncé de consensus canadien sur le VIH et sa transmission dans le contexte du droit criminel », *Journal canadien des maladies infectieuses et de la microbiologie médicale*, 2014; 25(3) : 135-140.

Déclaration de consensus d'experts internationaux (2018).

« Utilisé correctement, un préservatif (masculin ou féminin) empêche la transmission du VIH, car la porosité du préservatif protège contre les plus petits agents pathogènes sexuellement transmissibles, y compris le VIH; **Les préservatifs en latex et en polyuréthane agissent comme une barrière physique imperméable à travers laquelle le VIH ne peut passer.** Une utilisation correcte du préservatif implique que le préservatif ne soit pas endommagé et qu'il soit porté pendant toute la durée de l'acte sexuel en question. **La transmission du VIH n'est pas possible lorsqu'un préservatif est utilisé correctement.** »

Source : F. Barré-Sinoussi et coll., « Déclaration de consensus d'experts sur la connaissance scientifique relative au VIH dans le contexte du droit pénal, » *Journal of the International AIDS Society* 2018, 21: e25161, https://onlinelibrary.wiley.com/action/downloadSupplement?doi=10.1002/jia2.25161&file=jia225161-sup-0003-Sup_MaterialS3.pdf.

Recours aux accusations d'agression sexuelle

Le recours aux dispositions relatives aux agressions sexuelles (graves) en cas de non-divulgence du VIH suscite de plus en plus de préoccupations de la part des organismes œuvrant dans le secteur du VIH et des défenseurs des plaignants (principalement des femmes) dans les affaires d'agression sexuelle. Le ministère de la Justice du Canada a recommandé de recourir aux dispositions relatives aux infractions de nature non sexuelles pour les actes moins répréhensibles.²⁵ De même, le procureur général du Canada a demandé au Service des poursuites pénales du Canada de considérer ce type d'affaires comme des infractions non sexuelles.²⁶ En plus de recommander diverses réformes visant à limiter la « criminalisation excessive du VIH », le Comité permanent de la justice et des droits de la personne de la Chambre des communes a spécifiquement demandé l'interdiction immédiate du recours aux dispositions relatives aux agressions sexuelles :

« Tous comme les témoins, le Comité croit que le recours aux dispositions relatives aux agressions sexuelles dans les cas de non-divulgence de la séropositivité est trop punitif, contribue à alimenter les préjugés et la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH et nuit à l'atteinte des objectifs en santé publique. Les conséquences d'une telle condamnation sont trop lourdes, et l'application des dispositions relatives aux agressions sexuelles dans les cas de rapports sexuels consensuels n'est tout simplement pas appropriée. »²⁷

Préoccupations concernant la criminalisation du VIH

Il est de plus en plus évident et préoccupant que le recours au droit pénal pour des cas de non divulgation, d'exposition ou de transmission du VIH (soit la « criminalisation du VIH ») ne constitue pas une politique de santé publique efficace et peut s'avérer plus néfaste que bénéfique aux droits de la personne et à la santé publique. Les preuves disponibles n'ont pas permis de démontrer que la criminalisation du VIH présente un avantage significatif en matière de prévention du VIH.²⁸ En fait, les recherches montrent que la criminalisation du VIH nuit aux efforts de prévention du virus à bien des égards, tout en soulevant d'importantes questions relatives au respect des droits de la personne²⁹ :

- Dans la mesure où les activités présentant peu ou pas de risque de transmission sont traitées comme des actes criminels, la criminalisation perpétue et exacerbe la désinformation sur la nature du VIH et de sa transmission.³⁰
- Outre le fait qu'elles diffusent souvent des informations erronées, les poursuites pénales alimentent la crainte excessive à l'encontre des personnes vivant avec le VIH, renforcent la stigmatisation liée au virus,³¹ et suscitent la crainte des poursuites chez les personnes vivant avec le VIH.³²
- La crainte des poursuites judiciaires, notamment pour des activités présentant peu ou pas de risque de transmission, décourage certaines personnes de se soumettre à un dépistage du VIH.³³
- La criminalisation décourage les gens de recourir à des mesures volontaires de prévention du VIH, érode la confiance à l'égard de ces dernières, y compris à l'égard des services de counselling en matière de VIH, ce qui porte atteinte à la santé individuelle ainsi qu'à la santé publique. Il est courant, lors des poursuites liées au VIH, que les résultats de divers tests, notamment de dépistage du VIH, ainsi que les discussions avec des professionnels de la santé et autres, soient présentés comme preuves à charge. En outre, les médecins comme les infirmières peuvent être contraints de témoigner devant les tribunaux contre leurs patients. Cette situation ne favorise ni un dialogue ouvert sur les activités à risque ni l'échange d'informations sur les partenaires avec les prestataires de services de dépistage et de santé. Il s'agit pourtant de discussions essentielles dans la prestation des services de soins et de soutien appropriés et pour la recherche des contacts.³⁴
- Les défenseurs des droits des femmes ont souligné que la criminalisation du VIH ne s'attaque ni à la violence fondée sur le sexe ni aux autres inégalités, des facteurs qui sont pourtant étroitement liés au risque de VIH pour les femmes. Cette criminalisation³⁵ peut au contraire exacerber ces risques pour les femmes vivant avec le VIH.³⁶ La pénalisation du VIH signifie également que les personnes vivant avec le VIH qui sont dans une relation de violence, soit en grande partie des femmes, courent le risque d'être menacées d'accusations criminelles de non-divulgation, d'exposition ou de transmission du VIH comme moyen de contrôle et de coercition.³⁷ On a également constaté que la pénalisation du VIH compromet l'accès aux soins de santé pour les femmes vivant avec le VIH.³⁸
- L'application discriminatoire du droit s'avère également préoccupante. Les données disponibles montrent que les poursuites ou la menace de poursuites pour non divulgation, exposition ou transmission présumée du VIH touchent de manière disproportionnée certaines communautés, notamment les Noirs et les Autochtones, ainsi que les homosexuels, les bisexuels, ainsi que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Ce constat a été jugé préoccupant tant par Justice Canada que par le Comité permanent de la justice et des droits de la personne.³⁹ Parallèlement, la couverture médiatique des poursuites pénales liées au VIH se concentre de manière disproportionnée sur les accusés noirs ou migrants, véhiculant ainsi des stéréotypes racistes inquiétants ou contribuant à renforcer ces derniers.⁴⁰

Annexe A : Orientations existantes pour les procureurs sur les affaires pénales liées au VIH

Directive fédérale

En 2016, la ministre de la Justice et procureur général du Canada a [reconnu le problème](#) de la « criminalisation disproportionnée du VIH » et a déclaré que « le système de justice pénale au Canada doit s'adapter pour mieux refléter les données scientifiques disponibles sur les réalités de cette maladie. »⁴¹ Le ministère de la Justice du Canada a par la suite publié son rapport sur la [Réponse du système de justice pénale à la non-divulagation de la séropositivité](#).⁴² À la lumière de ce rapport, le procureur général du Canada a publié, en 2018, une [directive au directeur du Service des poursuites pénales du Canada](#) (SPPC).⁴³

La directive du procureur général reconnaît que :

- « le HIV est d'abord et avant tout un problème de santé publique, et (que) les efforts déployés par les autorités de santé publique pour détecter et traiter le HIV ont entraîné une amélioration considérable des résultats en matière de santé des personnes qui vivent avec le HIV au Canada et une meilleure prévention de sa transmission; »
- « les personnes issues de populations marginalisées, incluant notamment les personnes autochtones, les personnes gaies et les personnes noires, sont plus susceptibles que d'autres personnes de vivre avec le HIV au Canada, le droit criminel relatif à la non-divulagation de la séropositivité est susceptible de les viser dans une plus grande proportion; »
- « la question de savoir si une activité sexuelle entraîne une possibilité réaliste de transmission doit être déterminée selon les progrès les plus récents de la science médicale en matière de transmission du HIV; » et « les progrès les plus récents de la science médicale démontrent que le risque de transmission du HIV lors d'une activité sexuelle est réduit de façon significative dans les cas suivants : la personne qui vit avec le HIV suit un traitement; des condoms sont utilisés; seules des relations bucco génitales ont lieu; l'activité sexuelle se limite à un acte; ou la personne exposée au HIV, par exemple à la suite de la déchirure d'un condom, reçoit une prophylaxie post exposition; »

Le dispositif de la directive adressée au directeur du SPPC se lit comme suit :

- a) « Le directeur n'intente pas de poursuite dans les cas de non-divulagation de la séropositivité où la personne vivant avec le HIV a maintenu une **charge virale supprimée**, c'est à dire moins de 200 copies par ml de sang, parce qu'il n'existe aucune possibilité réaliste de transmission du HIV.
- b) De façon générale, le directeur n'intente pas de poursuite dans les cas de non divulgation de la séropositivité où la personne n'a pas maintenu une charge virale supprimée, mais **a utilisé des condoms**, ou n'a pris part qu'à des **activités bucco génitales**, ou suivait **un traitement de la façon recommandée**, sauf si d'autres facteurs de risque sont présents, parce que la possibilité réaliste de transmission est improbable.
- c) Le directeur intente une poursuite dans les cas de non-divulagation de la séropositivité pour une **infraction à caractère non sexuel**, plutôt qu'une infraction à caractère sexuel, lorsque cette infraction à caractère non sexuel reflète mieux l'acte répréhensible commis, notamment dans les cas comportant des niveaux moindres de culpabilité.

- d) Le directeur détermine si les autorités de **santé publique** ont fourni des services à une personne vivant avec le VIH qui n'a pas divulgué sa séropositivité avant l'activité sexuelle afin de déterminer s'il est dans l'intérêt public d'intenter une poursuite contre cette personne. »

Politiques provinciales

Ontario

En décembre 2017, le procureur général de l'Ontario et le ministre de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario ont publié une déclaration conjointe dans laquelle ils affirmaient être « convaincus que le VIH devrait relever, dans la mesure du possible, de la santé publique, plutôt que de la justice pénale. »⁴⁴ Cette déclaration était accompagnée d'une légère modification à la politique sur les infractions d'ordre sexuel du *Manuel de poursuite de la Couronne* du ministère du Procureur général.⁴⁵

Cette politique stipule qu'il n'y a pas de possibilité réaliste de transmission du VIH dans les cas suivants :

- lorsqu'un **préservatif est utilisé et que la charge virale du VIH est faible;**
- si une personne séropositive suit un traitement antirétroviral et que sa **charge virale a été supprimée** pendant six mois. (Le terme « charge virale supprimée » a été établie comme inférieure à 200 copies/ml).

La politique stipule que, dans ces circonstances, aucune accusation ne sera portée en Ontario. Le premier cas est manifestement fondé sur l'arrêt *Mabior* de la Cour suprême qui a établi que l'utilisation d'un préservatif associée à la présence d'une charge virale faible exclut la possibilité réaliste de transmission. Quant au second cas, il dépasse l'interprétation stricte de l'arrêt *Mabior* et se fonde sur le consensus scientifique selon lequel il n'existe aucune possibilité réaliste de transmission lorsqu'une personne possède une charge virale supprimée.

La politique de l'Ontario n'évoque pas les poursuites intentées dans d'autres circonstances, notamment dans le cas de l'usage exclusif du préservatif ou d'un acte sexuel oral, et n'aborde aucun autre facteur à prendre en considération, y compris ceux liés à l'intérêt public.

Colombie-Britannique

En Colombie-Britannique, le service des poursuites (BCPS ou British Columbia Prosecution Service) a publié en avril 2019 une politique actualisée concernant les cas d'allégation d'agression sexuelle du fait de la « fraude » que constitue la non-divulgaration du VIH.⁴⁶ La politique du BCPS souligne la nécessité d'accorder une attention particulière aux meilleures preuves scientifiques disponibles et aux considérations d'intérêt public, dont les droits de la personne :

« Les preuves scientifiques révèlent que la possibilité de transmission du VIH varie en fonction de facteurs tels que la nature de l'activité sexuelle, la charge virale ou l'utilisation du préservatif. Les procureurs de la Couronne qui évaluent les accusations en vertu de cette politique doivent s'assurer que les connaissances scientifiques actuelles éclairent leurs décisions d'évaluation des accusations et doivent faire preuve de prudence lorsqu'ils envisagent des poursuites.

Les accusations proposées en vertu de cette politique soulèvent d'importantes questions concernant la santé individuelle et publique, l'égalité ainsi que l'autonomie. Les procureurs de la Couronne doivent s'efforcer de trouver un équilibre délicat entre la nécessité de protéger le grand public et l'autonomie individuelle comme sexuelle des victimes, tout en veillant à ce que les personnes vivant avec le VIH ne fassent pas l'objet d'une criminalisation ou d'une stigmatisation uniquement en raison de leur maladie. » [notre traduction]

En outre, la politique du BCPS détermine les éléments de preuve nécessaires, en fonction de l'état actuel du droit au Canada concernant l'application des dispositions relatives aux agressions sexuelles dans les cas de non-divulgence présumée du VIH (*R. c. Cuerrier*, [1988] 2 RCS 371; *R. c. Mabior*, 2012 CSC 47) :

- « l'accusé devait savoir qu'il vivait avec le VIH avant l'acte sexuel;
- l'acte sexuel a impliqué une transmission effective ou une possibilité réaliste de transmission, du VIH ;
- l'accusé n'a pas divulgué qu'il vivait avec le VIH avant l'acte sexuel;
- le plaignant n'aurait pas consenti à l'activité sexuelle s'il avait été informé du fait que l'accusé vit avec le VIH. »

En considérant le critère de « possibilité réaliste de transmission du VIH » établi par la Cour suprême dans l'affaire *Mabior*, la politique du BCPS stipule ce qui suit :

« Il n'existe aucune possibilité réaliste de transmission dans les situations précises qui suivent. Par conséquent, elles ne devraient donner lieu à aucune mise en accusation :

- **un préservatif a été correctement utilisé** lors de chaque acte sexuel vaginal ou anal **et la personne vivant avec le VIH possédait une faible charge virale**;⁴⁷
- la personne vivant avec le VIH a accepté de suivre un traitement antirétroviral, le prend tel que prescrit et sa charge virale reste supprimée, soit moins de 200 copies par ml de sang, selon des tests consécutifs réalisés à tous les quatre à six mois;
- les personnes qui ont pris part à l'acte sexuel ne se sont livrées qu'à des **rapports oraux**, et aucun autre facteur de risque n'était présent. »
[notre traduction]

En outre, la politique du BCPS cite également divers facteurs qui peuvent jouer en faveur ou à l'encontre des poursuites :

« Facteurs d'intérêt public qui jouent en faveur des poursuites judiciaires :

- le VIH a effectivement été transmis au plaignant par l'intermédiaire de l'acte ou des actes sexuels;
- la personne vivant avec le VIH s'est livrée à des actes sexuels répétés qui ont considérablement augmenté les possibilités de transmission à un ou plusieurs plaignants;
- la personne vivant avec le VIH a trompé ou induit sciemment en erreur le plaignant sur sa séropositivité.

Facteurs d'intérêt public qui peuvent jouer à l'encontre des poursuites judiciaires :

- un médecin hygiéniste a imposé à la personne vivant avec le VIH des conditions exécutoires en vertu de la Loi sur la santé publique, qui répondent efficacement à tout problème de sécurité publique;
- la personne vivant avec le VIH prend des mesures appropriées, sous contrôle médical, pour réduire efficacement le risque pour le public;
- la personne vivant avec le VIH est une personne marginalisée ou vulnérable qui ne dispose pas d'un réseau de soutien ou d'autres moyens d'accéder à l'information ni au traitement médical dont elle a besoin;

- la personne vivant avec le VIH a utilisé un préservatif correctement lors de chaque acte sexuel vaginal ou anal et le VIH n'a pas été transmis ;
- malgré la présence d'une faible charge virale et l'usage correct d'un préservatif lors de chaque acte sexuel vaginal ou anal, si le préservatif a glissé ou s'est rompu au cours du rapport sexuel ou après celui-ci, la personne vivant avec le VIH a aussitôt révélé sa séropositivité à son partenaire, ce qui a permis à ce dernier de demander immédiatement un avis médical et, le cas échéant, de commencer un traitement anti-VIH (prophylaxie post-exposition). » [notre traduction]

Autres provinces

La position des autorités judiciaires de l'**Alberta** est semblable à celle de l'Ontario. Il n'existe pas de ligne directrice ou de directive officielle. Toutefois, en janvier 2019, dans une lettre adressée aux intervenants communautaires, le sous-ministre adjoint de la Justice chargé du service provincial des poursuites de l'Alberta a formulé sa position comme suit⁴⁸ :

« Compte tenu des données médicales de l'Agence de la santé publique du Canada figurant dans le rapport de Justice Canada intitulé *Réponse du système de justice pénale à la non-divulagation de la séropositivité*, les procureurs de la Couronne ont été informés de l'absence de possibilité réaliste de transmission du VIH entre partenaires sexuels lorsque la personne vivant avec le VIH suit son traitement et maintient une charge virale supprimée selon des tests consécutifs réalisés à tous les quatre à six mois. Par conséquent, aucune poursuite ne sera intentée dans ces circonstances.

Les procureurs de la Couronne ont également été avisés que la recherche médicale se poursuit dans ce domaine. De ce fait, il convient de solliciter un avis médical lors de l'évaluation d'une possibilité réaliste de transmission afin de s'assurer que les données médicales et les traitements les plus récents sont pris en compte. » [notre traduction]

Au **Québec**, il n'existe pas de ligne directrice ou de directive officielle. Dans une lettre de septembre 2019 adressée aux intervenants communautaires, la directrice du service provincial des poursuites pénales a décrit sa position comme suit⁴⁹ :

- des poursuites criminelles ne devraient pas être intentées lorsqu'il y a port du condom et que la charge virale de la personne vivant avec le VIH suit un traitement antirétroviral comme prescrit et que sa charge virale se maintient à moins de 200 copies et que celle-ci est mesurée par des analyses consécutives de laboratoires tous les 4 à 6 mois;
- que le critère de « possibilité réaliste de transmission » du VIH est évalué au cas par cas, à la lumière des faits au dossier et de la plus récente preuve scientifique et médicale disponible, tant dans les cas de relations orales, vaginales et anales protégées par un condom, que dans les cas de relations orales en l'absence de condom, et ce, même lorsqu'aucun traitement antirétroviral n'est suivi.

À ce jour, aucune autre province n'a publié de politique officielle sur les poursuites intentées dans cadre d'affaires pénales liées au VIH.

Recommandation du Parlement pour assurer la cohérence des politiques à l'échelle du pays

En 2019, après avoir mené une étude sur la criminalisation de la non-divulgence du VIH, le Comité permanent de la justice et des droits de la personne de la Chambre des communes a indiqué ce qui suit :

« Le Comité reconnaît les limites d'une directive fédérale relative à la non-divulgence de la séropositivité puisqu'elle ne s'applique qu'aux poursuites intentées dans les trois territoires. Le Comité convient avec les témoins que le fait que les directives relatives aux poursuites créent des normes différentes d'une province à l'autre entraîne une incohérence dans l'application des dispositions pénales au Canada. Le Comité estime qu'il faut corriger immédiatement la situation afin que toutes les personnes ayant commis des gestes similaires au Canada soient traitées de la même manière.

Comme les modifications nécessaires au Code criminel pour traiter plus adéquatement les cas de non-divulgence de la séropositivité ne seront pas apportées avant un certain temps et qu'il faut déterminer l'élément mental de la nouvelle infraction, le Comité recommande d'ici là :

Recommandation 2

Qu'immédiatement, le ministre de la Justice et procureur général du Canada crée un groupe de travail fédéral-provincial afin d'adopter une directive commune applicable dans l'ensemble du pays

- afin de mettre fin aux poursuites pénales dans les affaires de non-divulgence de la séropositivité, sauf dans les cas où il y a transmission réelle du virus;
- pour s'assurer que les facteurs à respecter pour entreprendre de telles poursuites tiennent compte des données médicales les plus récentes sur le VIH et les modes de transmission du virus en considérant le critère de la possibilité réaliste de transmission. Pour le moment, la non-divulgence de la séropositivité ne devrait jamais être passible de poursuites si (1) la personne infectée présente **une charge virale indétectable** (moins de 200 copies par millilitre de sang); (2) **un préservatif** a été utilisé; (3) le partenaire de la personne infectée reçoit la **prophylaxie préexposition** ou (4) le type de rapport sexuel (comme le **sexe oral**) présente un risque négligeable de transmission. »

Orientations internationales

En juin 2021, le programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) a publié un document de portée internationale intitulé *Orientations pour les procureurs sur les affaires pénales liées au VIH*.⁵⁰ Ce document d'orientation présente dix principes clés pour aider les procureurs à traiter une poursuite impliquant une allégation de non-divulgence, d'exposition ou de transmission du VIH. Chaque principe et le commentaire qui l'accompagne sont fondés sur l'examen des meilleures preuves scientifiques disponibles, des normes internationales applicables en matière de droits de la personne, ainsi que des normes professionnelles largement reconnues qui régissent la fonction des procureurs au sein du système de justice pénale. L'élaboration de ce document d'orientation s'est appuyée sur un examen de la documentation pertinente et sur des consultations avec des personnes vivant avec le VIH, des avocats, des procureurs, des juges, des chercheurs, des défenseurs des droits de la personne et des représentants d'organismes internationaux.

PNUD, *Orientations pour les procureurs sur les affaires pénales liées au VIH* (2021):

Principes généraux

1. Les poursuites doivent s'appuyer à tous les stades sur les preuves les plus fiables.
2. Les procureurs doivent veiller à ce que les droits du plaignant, de l'accusé et des témoins soient respectés tout au long des poursuites.

Décider si et comment poursuivre

3. Les procureurs ne doivent engager de poursuites que dans des circonstances limitées, car la façon la plus efficace de lutter contre le VIH est de l'aborder comme une question de santé publique.
4. Les procureurs ne doivent engager des poursuites et maintenir celles-ci que s'ils établissent que la preuve est suffisante.
5. Les procureurs doivent se demander s'il est d'intérêt public d'engager des poursuites dans une affaire donnée.

Considérations avant et pendant le procès

6. Les procureurs doivent en général consentir à la mise en liberté de l'accusé avant le procès, sauf circonstances exceptionnelles.
7. Les procureurs doivent éviter tout argument ou déclaration qui pourrait se révéler incendiaire, préjudiciable ou contribuer à la désinformation du public sur le VIH.
8. Lorsqu'ils cherchent à prouver qu'il y a eu transmission effective du VIH, les procureurs doivent veiller à ce que les données scientifiques et leurs limites soient correctement interprétées.

Considérations relatives au prononcé de la peine

9. Les procureurs doivent veiller à ce que les peines ne soient pas discriminatoires.
10. Les procureurs doivent veiller à ce que les peines ne soient pas disproportionnées.

« L'Association internationale des procureurs se félicite de ces orientations destinées aux procureurs. Il souligne l'importante responsabilité d'exercer le pouvoir discrétionnaire des procureurs d'une manière compatible avec les normes élevées d'impartialité et d'objectivité défendues par l'Association. Les orientations aideront les procureurs à traiter les affaires pénales liées au VIH en tenant compte des meilleures données scientifiques disponibles et en s'engageant à respecter les droits humains de toutes les parties concernées. »

– Gary Balch, avocat général, Association internationale des procureurs

Annexe B :

Déclaration de consensus d'experts sur la connaissance scientifique relative au VIH dans le contexte du droit pénal

Françoise Barré-Sinoussi¹, Salim S. Abdool Karim^{2,3,4}, Jan Albert⁵, Linda-Gail Bekker⁶, Chris Beyrer⁷, Pedro Cahn^{8,9,10}, Alexandra Calmy¹¹, Beatriz Grinsztejn¹², Andrew Grulich¹³, Adeeba Kamarulzaman¹⁴, Nagalingeswaran Kumarasamy¹⁵, Mona Rafik Loutfy^{16,17,18}, Kamal Marhoum El Filali¹⁹, Souleymane Mboup²⁰, Julio S.G Montaner^{21,22}, Paula Munderi²³, Vadim Pokrovsky^{24,25}, Anne-Mieke Vandamme^{26,27}, Benjamin Young²⁸, Peter Godfrey-Faussett^{29,30}

1. Institut Pasteur, Paris, France
2. École de santé publique Mailman, Université Columbia, New York, États-Unis
3. Centre pour le programme de recherche sur le SIDA en Afrique du Sud, Université de KwaZulu-Natal, Durban, Afrique du Sud
4. Weill Medical College, Université Cornell, New York, États-Unis
5. Département de microbiologie, biologie tumorale et cellulaire, Institut Karolinska, Stockholm, Suède
6. Institut des maladies infectieuses et de médecine moléculaire, Université du Cap, Cape Town, Afrique du Sud
7. Département d'épidémiologie, Centre de recherche sur le sida et Centre de santé publique et des droits de l'homme, École de santé publique John Hopkins Bloomberg, Maryland, États-Unis
8. Unité des maladies infectieuses, Hôpital Juan A. Fernandez Buenos Aires, Argentine
9. École de médecine de l'Université de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentine
10. Fundación Huésped, Buenos Aires, Argentine
11. Division des maladies infectieuses de l'Hôpital universitaire de Genève, Genève, Suisse
12. Institut national d'infectiologie Evandro Chagas-Fiocruz, Fiocruz, Rio de Janeiro, Brésil
13. Kirby Institute, Université de Nouvelle-Galles du Sud, Sydney, Australie
14. Faculté de médecine, Université de Malaisie, Kuala Lumpur, Malaisie
15. Centre médical YRGCARE, Services de santé volontaires, Chennai, Inde
16. Women's College Research Institute, Toronto, Canada
17. Women's College Hospital, Toronto, Canada
18. Département de médecine, Université de Toronto, Canada
19. Unité des maladies infectieuses, Hôpital Universitaire Ibn Rochd, Casablanca, Maroc
20. Institut de recherche en santé, de surveillance épidémiologique et de formation, Dakar, Sénégal
21. Faculté de médecine, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, Canada
22. Centre d'excellence de la Colombie-Britannique sur le VIH/sida, Vancouver, Canada
23. Association internationale des fournisseurs de soins contre le sida, Kampala, Ouganda
24. Université de l'amitié des peuples russes (RUDN-University), Moscou, Fédération de Russie
25. Institut central de recherche en épidémiologie, Service fédéral de protection des droits des consommateurs et de surveillance du bien-être humain, Moscou, Fédération de Russie
26. KU Leuven, Département de microbiologie et d'immunologie, Institut Rega de recherche médicale, Virologie clinique et épidémiologique, Louvain, Belgique
27. Centre de santé mondiale et de médecine tropicale, Unité de microbiologie, Institut d'hygiène et de médecine tropicale, Université de Lisbonne, Lisbonne, Portugal
28. Association internationale des fournisseurs de soins du sida, Washington, DC, États-Unis
29. ONUSIDA, Genève, Suisse

30. Département des maladies infectieuses et tropicales, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, Angleterre

§ **Auteur principal** : Professeur Peter Godfrey-Faussett

Adresse : ONUSIDA, Avenue Appia 20, 1211 Genève, Suisse

Téléphone : + 41 22 791 4054

Courriel : godfreyp@unaid.org

Courriels des auteurs :

FB-S : francoise.barre-sinoussi@pasteur.fr

JA : Jan.Albert@ki.se

SSAK : Salim.AbdoolKarim@caprisa.org

L-GB : linda-gail.bekker@hiv-research.org.za

CB : cbeyrer@jhu.edu

PC : pedro.cahn@huesped.org.ar

AC : alexandra.calmy@hcuge.ch

PG-F : faussettp@unaid.org

BG : beatriz.grinsztejn@gmail.com

AG : agrulich@kirby.unsw.edu.au

AK : adeeba@ummc.edu.my

NM : kumarasamy@yrgcare.org

MRL : mona.loutfy@wchospital.ca

KMEF : mefkamal@hotmail.com

SM : souleymane.mboup@iressef.org

JSGM : jmontaner@cfenet.ubc.ca

PM : munderip@gmail.com

VP : pokrovsky.vad@yandex.ru

A-MV : annemie.vandamme@kuleuven.be

BY : byoung@iapac.org

Mots clés :

- droits de l'homme
- droit et politique
- facteurs de risque
- politique
- criminalisation
- droit pénal
- poursuites judiciaires

Résumé

Introduction

À l'échelle mondiale, les poursuites pour non-divulgation, exposition ou transmission du VIH sont souvent liées à des rapports sexuels, des cas de morsures ou de crachements. Certaines personnes ont été poursuivies alors qu'elles n'avaient aucune intention de causer un préjudice, qu'elles n'ont pas transmis le VIH et que la transmission était en soi extrêmement improbable ou impossible. Cela suggère que les poursuites pénales ne sont pas toujours guidées par les meilleures données scientifiques et médicales probantes disponibles.

Discussion

Vingt scientifiques de différentes régions du monde ont élaboré cette déclaration de consensus d'experts pour répondre aux problématiques liées à l'utilisation des données scientifiques relatives au VIH par le système de justice pénale. Les meilleures données scientifiques et médicales disponibles en matière de transmission du VIH, d'efficacité des traitements et de preuves phylogénétiques médico-légales ont fait l'objet d'une analyse détaillée et sont présentées ici de sorte à être mieux comprises dans un contexte pénal.

Cette déclaration de consensus se limite à la possibilité de transmission du VIH associée aux actes les plus souvent en cause dans les affaires pénales. La possibilité de transmission du VIH associée à un acte spécifique est décrite sur la base d'un continuum de risque sachant que cette possibilité dépend d'une série de facteurs croisés comme la charge virale, l'utilisation d'un préservatif et le recours à d'autres pratiques de réduction des risques. Les données probantes actuelles suggèrent que la possibilité de transmission du VIH au cours d'un seul acte sexuel, de morsure ou de crachement, varie entre aucune possibilité et une faible possibilité.

D'autres recherches ont examiné l'effet positif des thérapies antirétrovirales modernes sur la santé. Les traitements ont permis d'améliorer l'espérance de vie de la plupart des personnes vivant avec le VIH au point qu'elle est désormais similaire à celle des personnes séronégatives, transformant ainsi l'infection par le VIH en maladie chronique gérable. Enfin, l'examen de l'utilisation de preuves scientifiques devant les tribunaux a révélé que l'analyse phylogénétique ne peut, à elle seule, prouver au-delà d'un doute raisonnable qu'une personne en a infecté une autre. En revanche, elle peut être utilisée pour disculper l'accusé.

Conclusions

L'utilisation des données scientifiques probantes les plus récentes dans le cadre des affaires pénales peut limiter les poursuites et les condamnations injustes. Les auteurs recommandent la prudence lorsqu'une poursuite pénale est envisagée et encouragent les gouvernements et les acteurs de la justice à prêter une attention particulière aux progrès importants réalisés dans le domaine du VIH au cours des trente dernières années afin que l'application de la loi, dans des cas liés au VIH, soit effectivement fondée sur les données scientifiques probantes actuelles.

Introduction

Au moins 68 pays ont des lois qui criminalisent spécifiquement la non-divulgence, l'exposition ou la transmission du VIH. Trente-trois pays ont déjà appliqué d'autres dispositions de droit pénal dans des cas similaires (données non publiées, HIV Justice Network, 2018). La plupart des poursuites sont liées au risque perçu de transmission du VIH associé aux rapports sexuels, mais des poursuites ont également été engagées pour des cas de morsure ou de crachement (données non publiées, HIV Justice Network, 2018). Ces lois et poursuites n'ont pas toujours été guidées par les meilleures données scientifiques et médicales disponibles [1]. Elles n'ont pas évolué pour refléter les nouvelles connaissances sur le VIH et son traitement, et elles peuvent être influencées par la stigmatisation et les peurs associées au VIH qui persistent dans nos sociétés [2]. Le VIH continue de faire l'objet d'un traitement particulier, avec des poursuites criminelles dans des cas où il n'y avait aucune intention de causer un préjudice; où il n'y a eu aucune transmission; où la transmission était impossible ou était extrêmement improbable ; et dans des cas où la transmission n'était ni alléguée ni prouvée [1,3].

Dans ce contexte, vingt scientifiques, de différentes régions du monde, ayant une expertise reconnue dans le domaine de la recherche scientifique, de l'épidémiologie et des soins aux patients ont élaboré cette déclaration de consensus — inquiets que le droit pénal soit parfois appliqué de manière incompatible avec les données probantes médicales et scientifiques contemporaines, et notamment d'une manière exagérant à la fois le risque de transmission du VIH et l'impact du VIH sur la santé et le bien-être. Cette compréhension limitée des données scientifiques actuelles sur le VIH renforce la stigmatisation et peut conduire à des erreurs judiciaires. Elle peut également compromettre les efforts déployés pour lutter contre l'épidémie de VIH [4]. En plus des vingt auteurs, la déclaration de consensus a été approuvée par d'autres scientifiques du monde entier (voir document supplémentaire S1) et par la International AIDS Society, the International Association of Providers of AIDS Care et le Programme commun des Nations Unies sur le VIH / sida (un résumé de la déclaration est disponible, voir document supplémentaire S2).

Cette déclaration de consensus vise à aider les experts scientifiques appelés à témoigner dans des affaires pénales de non-divulgence, d'exposition (apparente ou possible) ou de transmission alléguée du VIH. Elle offre une opinion d'experts sur les dynamiques de transmission du VIH au niveau individuel (c.-à-d. la « possibilité » de transmission), les conséquences à long terme d'une infection chronique au VIH (c.-à-d. le « préjudice »), et l'utilisation de l'analyse phylogénétique comme preuve de la transmission. La déclaration de consensus décrit la possibilité de transmission du VIH associée à un acte spécifique entre

individus à un moment donné et dans des circonstances précises – puisque c'est ce qui est généralement en cause dans des affaires pénales — et cherche à communiquer les données scientifiques actuelles relatives au VIH d'une manière qui soit compréhensible pour une audience non scientifique. La déclaration de consensus a été traduite, à partir de l'anglais, en français, en russe et en espagnol (voir les documents supplémentaires S3, S4, S5).

Discussion

La première partie de cette déclaration porte sur la possibilité de transmission du VIH associée à des actes spécifiques généralement en cause dans les poursuites criminelles : rapports sexuels, morsure ou crachement [3]. Elle ne porte pas sur d'autres modes éventuels de transmission du VIH comme la transfusion sanguine, une piqûre d'aiguille, l'injection de drogues ou l'allaitement.

Lors d'une première réunion à Seattle (février 2017) les auteurs se sont mis d'accord sur le contenu et le cadre de la déclaration de consensus. Une analyse détaillée de la littérature a été réalisée à partir d'une recherche d'études publiées en anglais jusqu'en avril 2017 à l'aide de la base de données en ligne PubMed. Des termes de recherche spécifiques relatifs à la possibilité de transmission du VIH ont été utilisés, notamment « *HIV and viral load* » (VIH et charge virale), « *HIV sexual transmission risk per act* » (risque de transmission sexuelle du VIH par acte), « *oral sex HIV transmission* » (sexe oral transmission du VIH), « *anal sex HIV transmission* » (sexe anal transmission du VIH), « *vaginal sex HIV transmission condom per act* » (sexe vaginal transmission du VIH par acte préservatif), « *anal sex HIV transmission condom per act* » (sexe anal transmission du VIH par acte préservatif), et « *anal sex HIV transmission circumcision per act* » (sexe anal transmission du VIH par acte circoncision). Des articles clés ont été utilisés pour rechercher d'autres articles connexes. La préférence a été accordée aux méta-analyses, aux revues et aux études importantes. D'autres sources ont été identifiées par les auteurs experts. Des résumés de conférences scientifiques ont été utilisés au besoin.

Les auteurs ont ensuite participé à plusieurs cycles de rédaction et de révision du texte, en tenant compte des meilleures données de la recherche scientifique et médicale disponibles sur la base de la hiérarchie suivante : revue systématique des essais cliniques randomisés ; essais cliniques randomisés ; et études comparatives (c.-à-d., études de cohorte, études cas-témoins et études de contrôle historiques). Deux téléconférences ont été organisées pour discuter d'un avant-projet de déclaration de consensus, suivi de trois cycles de révision du texte par

correspondance électronique par tous les auteurs. Des experts juridiques nationaux et internationaux, y compris des membres du personnel de l'ONUSIDA, ont été consultés sur l'application du droit pénal dans des affaires liées au VIH. Une deuxième réunion en personne a été organisée à Paris (juillet 2017) pour discuter de certaines questions relatives à l'analyse des données. Cette réunion a été suivie d'une nouvelle série de commentaires et de modifications par les auteurs visant à s'assurer que tous étaient d'accord que la déclaration de consensus transmettait fidèlement les données scientifiques actuelles sur la transmission du VIH, le préjudice et l'utilisation de preuves scientifiques devant les tribunaux.

Les auteurs ont examiné les résultats numériques et les estimations statistiques de toutes les études citées ici, y compris les résumés de données provenant de rapports présentés sous forme systématique ou sous forme de tableau (par exemple, les travaux de Patel et al. [5]). Les données probantes établissant une estimation de la possibilité de transmission du VIH associée à différents actes varient en termes de type (de données) et de qualité. Les auteurs en ont tenu compte dans leur évaluation de la possibilité de transmission associée à différents actes. Les auteurs ont réparti les données probantes concernant la transmission du VIH associées à différents actes en trois catégories (Tableau 1).

Tableau 1 : Échelle de qualité des données probantes concernant la possibilité de transmission du VIH

Les actes pour lesquels la possibilité de transmission peut être estimée avec un certain degré de certitude parce que plusieurs études de cohorte ont été réalisées (par exemple, des actes tels que le sexe vaginal ou anal).
Les actes pour lesquels la possibilité de transmission peut être estimée avec moins de certitude à partir de rapports de cas isolés, de plausibilité biologique ou de modèles mathématiques (par exemple, des actes tels que le sexe oral ou la transmission via un liquide pré-éjaculatoire).
Les actes pour lesquels la transmission est biologiquement improbable car les conditions requises pour la transmission ne sont pas présentes (par exemple, le crachement).

Pour présenter les données probantes, les auteurs ont cherché à utiliser des concepts scientifiques d'une manière qui soit utile dans le contexte du droit pénal. Par exemple, le concept statistique d'intervalles de confiance est conçu pour traiter l'incertitude inhérente aux résultats découlant de l'échantillonnage d'un sous-ensemble d'une population. Les intervalles de confiance revêtent une importance particulière en cas de probabilités équivalentes ou proches de zéro, car le fait que quelque chose n'ait pas été observé au cours d'une étude ne suffit pas à prouver qu'il ne pourrait jamais se réaliser. Plus l'étude est de grande envergure, plus les auteurs pourront estimer avec précision que la probabilité est effectivement de zéro. Une probabilité nulle calculée à partir de données d'études est donc toujours associée à un

intervalle de confiance allant de zéro à une petite probabilité. Il est important que le calcul des intervalles de confiance ne soit pas mal interprété, ce qui pourrait exagérer des possibilités de transmission en réalité peu probables et d'ordre théorique.

Trois catégories de possibilités de transmission, situées le long d'un continuum, ont été développées sur la base de ces considérations méthodologiques et des études citées dans la déclaration de consensus, afin de présenter pour chaque acte spécifique, la possibilité de transmission du VIH y afférente (tableau 2).

Tableau 2 : Définir la possibilité de transmission du VIH au cours d'un acte unique et spécifique

Terminologie pour cette déclaration	Possibilité de transmission par acte
Faible possibilité	La transmission pendant un seul acte est possible mais la probabilité est faible.
Possibilité négligeable	La transmission lors d'un acte unique est extrêmement improbable, rare ou sa probabilité est minime.
Aucune possibilité	La possibilité de transmission au cours d'un même acte est soit biologiquement invraisemblable soit effectivement nulle.

Il est important de noter que cette déclaration de consensus ne se veut pas un document de santé publique visant à informer les messages et les programmes de prévention du VIH, de traitement ou de soins. Son approche, fondée sur le risque au niveau individuel, est pertinente dans le cadre de la justice pénale. Elle se distingue de la description du risque au niveau de la population utilisée dans le domaine de la santé publique et qui décrit généralement le risque associé aux rapports sexuels comme allant du « risque faible » au « risque élevé ». Les différences entre les catégories utilisées dans le domaine de la santé publique et celles utilisées dans cette déclaration de consensus reflètent à la fois des considérations d'ordre historique et de contexte. Premièrement, les catégories de santé publique utilisées pour décrire les risques de transmission du VIH ont été élaborées au début de l'épidémie de VIH, avant l'émergence des données récentes sur la transmission du VIH. Deuxièmement, ces catégories décrivent le risque relatif (et non le risque absolu) de transmission du VIH dans le but d'aider les gens à prendre des mesures pour réduire la possibilité de transmission du VIH en comparant différents actes.

Bien que le recours à cette terminologie simplifiée de santé publique visait, au départ, à faciliter la promotion de campagnes efficaces de prévention, les catégories généralisées qui en résultent, compliquent aujourd'hui la formulation de messages de santé publique fondés sur les données les plus récentes [6] - y compris les données relatives aux différents facteurs

de risques associés à certains actes spécifiques comme la charge virale par exemple. Dans certains cas, la caractérisation du risque associé à certains actes sexuels, telle que communiquée par la terminologie utilisée par la santé publique, a été mal employée dans le contexte pénal, comme illustré par le cas canadien de Mabior [7,8]. C'est pourquoi, bien que les rapports sexuels soient un mode de transmission du VIH courant au niveau de la population mondiale, cette déclaration de consensus reconnaît que la possibilité de transmission du VIH associée à un seul rapport sexuel varie entre aucune possibilité et une possibilité faible, tandis que la possibilité de transmission associée au crachement ou à la morsure varie entre aucune possibilité et une possibilité négligeable. L'approche adoptée dans cette déclaration de consensus, pertinente dans le contexte pénal, est similaire à celle utilisée dans d'autres déclarations de consensus scientifiques au niveau national en Australie [9], au Canada [10], en Suède [11] et en Suisse [12].

Possibilité de transmission : vue d'ensemble

Le VIH ne se transmet pas facilement d'une personne à l'autre. C'est un virus relativement fragile qui se transmet par des voies bien spécifiques. Il ne se transmet pas par l'air, par gouttelettes, par fomite, par contact ou par transmission vectorielle et ne peut pas pénétrer la peau humaine intacte [13].

Pour qu'il y ait transmission, certaines conditions de base doivent être réunies :

- Il doit y avoir une quantité suffisante de virus dans des fluides corporels bien particuliers (qui sont le sang, le sperme, le liquide pré-éjaculatoire, les sécrétions rectales et vaginales et le lait maternel).
- Une quantité suffisante d'au moins un de ces fluides corporels doit entrer en contact direct avec certaines parties du corps d'une personne séronégative constituant une porte d'entrée où l'infection peut être initiée. Ce sont généralement les membranes muqueuses, les tissus endommagés ou les ulcères enflammés ; mais pas la peau intacte.
- Le virus doit ensuite vaincre les défenses immunitaires afin que l'infection puisse s'installer et se propager.

La plupart des activités du quotidien ne comportent aucun risque de transmission du VIH parce que les conditions précitées ne sont pas réunies. Laissant de côté la question de la transmission verticale du VIH, un contact intime, tel qu'un rapport sexuel, est généralement nécessaire pour qu'il y ait transmission. Mais même dans ce cas, la probabilité de

transmission, par acte, varie de zéro à faible (avec des estimations allant de 0 à 1,4 % par acte) [5].

Facteurs influençant la possibilité de transmission du VIH

La possibilité de transmission du VIH au niveau individuel varie en fonction d'une gamme de facteurs croisés. Lorsque plusieurs de ces facteurs se croisent, leur effet peut être soit minimisé ou amplifié à différents degrés [14].

- **L'utilisation correcte d'un préservatif empêche la transmission du VIH**

Utilisé correctement, un préservatif (masculin ou féminin) empêche la transmission du VIH car la porosité du préservatif protège contre les plus petits agents pathogènes sexuellement transmissibles, y compris le VIH [15]. Les préservatifs en latex et en polyuréthane agissent comme une barrière physique imperméable à travers laquelle le VIH ne peut passer. Une utilisation correcte du préservatif implique que le préservatif ne soit pas endommagé et qu'il soit porté pendant toute la durée de l'acte sexuel en question. La transmission du VIH n'est pas possible lorsqu'un préservatif est utilisé correctement.

Des études au niveau de la population ont montré que l'utilisation constante du préservatif lors de rapports sexuels anaux ou vaginaux réduit considérablement la possibilité de transmission du VIH et ce, même en tenant compte de cas d'utilisation incorrecte ou de rupture du préservatif [16-21]. Par exemple, une méta-analyse de 14 études a montré que l'utilisation constante, sur une longue période, de préservatifs masculins lors de rapports sexuels vaginaux, réduit la possibilité de transmission du VIH d'au moins 80 % [22]. Cependant, des recherches plus récentes suggèrent que ce pourcentage pourrait être sous-estimé [23]. En effet, la méta-analyse mentionnée ci-dessus inclut des méthodes d'analyse de données qui ne sont pas standards et qui pourraient avoir conduit à un effet de recrutement et d'autres biais, susceptibles d'abaisser le niveau de prévention observé. [22,23].

La recherche au niveau de la population n'est pertinente qu'en cas d'actes sexuels multiples et si on ne peut savoir si un préservatif a été correctement utilisé pour chacun de ces actes. Par ailleurs, l'estimation au niveau de la population de l'efficacité du préservatif de l'ordre de 80 % n'est pas, en soit, une estimation du risque de transmission du VIH mais doit être appliquée au risque associé à différents actes sexuels. Par exemple, si le risque estimé de transmission du VIH d'un homme séropositif à une femme lors d'un seul rapport sexuel vaginal sans préservatif est de 0,08 % [5], alors le risque de transmission avec préservatif

peut être compris comme *au moins* 80 % plus bas, soit de 0,016 % (moins de 2 sur 10 000) [5]. Il est important de noter qu'en présence d'autres facteurs réduisant les risques de transmission (une charge virale faible ou un retrait avant l'éjaculation), la possibilité de transmission du VIH, même en cas d'utilisation incorrecte du préservatif, est encore réduite.

Encore une fois, le VIH ne peut pas se transmettre lorsqu'un préservatif est utilisé correctement (c'est-à-dire, qu'il a été porté tout au long de l'acte sexuel en question et qu'il n'a pas été endommagé). Les estimations au niveau de la population s'appliquent uniquement aux situations comprenant plusieurs cas d'utilisation du préservatif y compris des cas occasionnels d'utilisation incorrecte ou de rupture.

- Une charge virale faible ou « indétectable » réduit considérablement ou élimine la possibilité de transmission du VIH

Peu de temps après une infection par le VIH, la charge virale est très élevée, mais elle diminue généralement au cours des premières semaines, à mesure que le système immunitaire réagit. Si une personne ne commence pas de traitement, sa charge virale restera stable pendant un certain temps, tandis que son système immunitaire s'affaiblira progressivement. Au stade avancé de l'infection au VIH, la charge virale augmente généralement de nouveau.

La thérapie antirétrovirale empêche le VIH de se répliquer, réduisant ainsi considérablement la charge virale présente dans les fluides corporels. Lorsqu'une personne commence un traitement antirétroviral efficace, sa charge virale chute habituellement en quelques semaines ou mois à un niveau qui ne peut être détecté par les tests sanguins de laboratoire couramment utilisés à l'heure actuelle (« indétectable »). La disponibilité des tests de charge virale et les seuils de détection varient selon les régions du monde, avec des seuils de détection allant d'environ 20 copies virales/ml à 400 copies / ml. Un faible pourcentage de personnes vivant avec le VIH (souvent appelées asymptomatiques à long terme) ont une charge virale faible sans traitement antirétroviral parce que leur système immunitaire est capable de contrôler le virus [24-28].

La réduction de la charge virale améliore la fonction immunitaire et diminue considérablement la probabilité à long terme de maladie et de décès. Elle réduit

également considérablement la possibilité de transmission du VIH [29-31]. La réduction de la charge virale est associée à une diminution concomitante de la probabilité de transmission du VIH [32-35], ce qui signifie que beaucoup de personnes sous traitement ne peuvent pas transmettre le VIH.

De récentes études clés (à savoir, HPTN052, PARTNER et Opposites Attract) impliquant des couples sérodiscordants hétérosexuels et masculins n'ont identifié aucun cas de transmission sexuelle lorsque le partenaire séropositif avait une charge virale indétectable [29,30,36,37]. Ces résultats ont transformé les messages de santé publique. Par exemple, les Center for Disease Control and Prevention aux États-Unis décrivent désormais la possibilité de transmission du VIH lorsqu'une personne séropositive a une charge virale indétectable (à la suite d'un traitement antirétroviral efficace) comme comportant « dans les faits », « aucun risque » [6].

En 2011, l'étude HPTN052 (menée au Botswana, au Brésil, en Inde, au Kenya, au Malawi, en Afrique du Sud, en Thaïlande, aux États-Unis et au Zimbabwe), évaluant l'impact d'une initiation précoce de traitement, n'a révélé aucune transmission à partir de 1763 personnes séropositives sous traitement antirétroviral ayant une charge virale stable inférieure à 400 copies/ml. Les partenaires des participants séropositifs au VIH ont été suivis pour une durée correspondant à 8509 années-personnes. Il n'y a eu transmission à partir de personnes sous traitement que lorsque celles-ci étaient en début de traitement (avant que la charge virale ne soit stabilisée à moins de 400 copies) ou que leur charge virale était supérieure à 1000 copies/ml pendant deux visites consécutives [29,37].

Les études PARTNER et Opposites Attract n'ont identifié aucune transmission du VIH à partir de personnes ayant une charge virale inférieure à 200 copies/ml après plus de 75 000 rapports sexuels vaginaux ou anaux sans préservatif [18,30,38]. Dans l'étude PARTNER, les couples hétérosexuels ont fait état d'environ 36 000 actes sexuels sans préservatif et les couples masculins homosexuels d'environ 22 000 [30]. Aucune transmission du VIH n'a été observée entre les partenaires ayant participé à l'étude. Il y a eu onze nouvelles infections au VIH. Cependant, l'analyse phylogénétique a révélé qu'à chaque fois, ces infections résultaient de contacts sexuels avec un partenaire autre que le partenaire régulier. L'étude Opposites Attract portait sur près de 17 000 actes sexuels sans préservatif entre hommes. Aucune

transmission du VIH n'a été signalée entre les partenaires de l'étude. Trois cas de nouvelle infection par le VIH ont été signalés. Ces nouvelles infections résultaient de contacts sexuels avec un partenaire autre que le partenaire sexuel régulier [18].

Une revue systématique et une méta-analyse de 2013 n'ont pas non plus identifié de transmission lorsque la charge virale était inférieure à un seuil compris entre 50 et 500 copies/ml (selon l'étude) [39]. Une autre étude n'a rapporté aucune transmission lorsque la charge virale était inférieure à 400 copies/mL [40]. Un certain nombre d'autres études ont fourni la preuve qu'une charge virale faible (mais détectable) diminue considérablement (et pourrait éliminer) la possibilité de transmission. Par exemple, les premières études réalisées auprès de participants qui ne prenaient pas de traitement antirétroviral n'ont identifié aucun cas de transmission parmi les couples où l'un des deux partenaires vivait avec le VIH et avait une charge virale faible mais détectable : moins de 1500 copies/ml (Ouganda) [32], moins de 1094 copies/ml (Thaïlande) [33] et moins de 1000 copies/ml (Zambie) [34]. L'étude ougandaise a identifié une probabilité de transmission de 1 sur 10 000 en cas de rapport sexuel vaginal avec une charge virale inférieure à 1700 copies/ml [41]

Alors que de nombreuses personnes, suivant leur traitement, peuvent connaître une augmentation de courte durée de leur charge virale connue sous le nom de « blips » [42,43], cette augmentation ne signifie pas que le traitement « ne fonctionne pas ». Elle n'est pas considérée comme cliniquement significative, et il n'a pas été prouvé qu'elle accroît la possibilité de transmission du VIH dans le cadre de rapports sexuels [44,45]. Les études à grandes échelles menées auprès de couples sérodiscordants ont inclus de nombreux participants ayant connu des « blips » au niveau de leur charge virale au cours des études. Par conséquent, de tels « blips » ont bien été pris en compte dans les réductions observées de la possibilité de transmission du VIH.

- [La prophylaxie pré-exposition \(PrEP\)](#) diminue considérablement la possibilité de contamination par le VIH.

La prophylaxie pré-exposition se définit comme l'utilisation de médicaments antirétroviraux par des personnes séronégatives avant une exposition au VIH et ce, dans le but de prévenir l'infection [46-50]. Une étude récente a montré que la prophylaxie pré-exposition était efficace jusqu'à 95 % chez les utilisateurs qui

observent le traitement [50]. Cependant, étant donné que seuls quelques cas d'échec chez des patients observants ont été décrits, la prophylaxie pré-exposition est, en réalité, probablement efficace à plus de 95%.

- **La prophylaxie post-exposition (PPE)** diminue considérablement la possibilité de contamination par le VIH.

La prophylaxie post-exposition se définit comme l'utilisation, à court terme, d'un traitement antirétroviral par une personne séronégative après avoir été exposée au VIH. Débutée dans les 72 heures suivant l'exposition et prise pendant 28 jours avec une bonne observance, la prophylaxie post-exposition réduit de manière significative la probabilité de devenir séropositif car elle peut empêcher le VIH de s'établir dans les cellules immunitaires même après que le virus est entré dans le corps. [51-52]. Bien que la prophylaxie post-exposition ne soit pas efficace à 100 %, les taux de succès observés sont élevés. [51,53-67] (par ex. , 81 % chez les patients suivant des protocoles de traitements moins récents [67] et jusqu'à 100 % chez les patients utilisant des protocoles plus récents [68]). L'efficacité de la prophylaxie post-exposition semble être influencée par un certain nombre de facteurs, avec une efficacité qui augmente généralement le plus tôt le traitement est démarré et à mesure que la quantité de VIH entrant dans le corps d'une personne diminue [68].

- **La circoncision masculine médicale** réduit la possibilité de transmission du VIH de la femme à l'homme.

La circoncision médicale masculine réduit d'environ 50 % la possibilité de transmission du VIH d'une femme séropositive à un homme séronégatif [69]. La circoncision peut également réduire la transmission sexuelle du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes si le partenaire séronégatif est uniquement le partenaire pénétrant, bien que les études ne soient pas concluantes [70].

- **Les pratiques de réduction des risques telles que le retrait ou le positionnement stratégique** diminuent la possibilité de transmission du VIH.

Certaines personnes vivant avec le VIH ont recours à des pratiques de réduction des risques telles que le retrait avant l'éjaculation ou le positionnement stratégique (c.-à-d. dans la position de partenaire pénétré uniquement) en cas des rapports sexuels sans préservatif avec une personne séronégative ou de statut inconnu [71-73]. De telles pratiques réduisent la possibilité de transmission du VIH pendant l'acte sexuel

lorsqu'une telle possibilité existe [71]. Par exemple, une étude réalisée en 2010 a révélé que la probabilité de transmission associée au sexe anal diminuait de deux tiers environ si le partenaire pénétrant séropositif n'éjaculait pas [73]. La possibilité de transmission est également connue pour être plus faible quand le partenaire séropositif est le partenaire pénétré plutôt que le partenaire pénétrant, dans le cadre d'un rapport sexuel anal [73-75].

- Les **infections sexuellement transmissibles (IST)** peuvent augmenter la possibilité de transmission du VIH dans certaines circonstances.

La présence de certaines IST non traitées, en particulier des IST ulcéreuses, chez l'un ou l'autre des partenaires a été associée à une probabilité accrue de transmission sexuelle du VIH lorsque le partenaire séropositif n'a pas de charge virale faible [76]. Lorsque les deux partenaires ont des ulcères génitaux, le risque est encore accru [14]. Cependant, la présence d'une infection sexuellement transmissible n'augmente pas la possibilité de transmission lorsque le partenaire séropositif est sous traitement antirétroviral efficace [30], *ou* que le partenaire séronégatif prend la PrEP [48,49].

Possibilité de transmission du VIH par voie sexuelle

La transmission du VIH par voie sexuelle se produit généralement à la suite d'une mise en contact entre des fluides corporels contenant suffisamment de VIH et les muqueuses situées dans : le prépuce ou l'urètre du pénis ; le col de l'utérus ou le vagin ; l'anus ; ou le rectum. La transmission du VIH est également possible par contact avec les muqueuses buccales, mais celles-ci sont beaucoup moins vulnérables à la transmission du VIH [58].

Sexe oral, y compris le sexe oral-pénien et le sexe oral-vaginal

- La possibilité de transmission du VIH en cas de sexe oral pratiqué sur une personne séropositive y compris lorsque sa charge virale n'est pas faible et en l'absence de préservatif varie de nulle à négligeable selon le contexte [77,78].

Le sexe oral est promu comme une pratique sexuelle plus sûre pour les partenaires sérodiscordants souhaitant avoir des rapports sexuels intimes, et sa pratique serait très courante.

La possibilité de transmission en cas de sexe oral est connue pour être beaucoup plus faible que la possibilité de transmission associée aux rapports sexuels vaginaux ou anaux [79,80]. En fait, le risque de transmission du VIH associé au sexe oral est tellement faible que les

scientifiques n'ont pas été en mesure de donner une estimation du risque de transmission statistiquement fiable.

Les quelques études cliniques portant sur la transmission du VIH par voie orale n'ont trouvé aucun cas de transmission [74,81,82]. Une étude portant sur des couples hétérosexuels et une étude portant sur des couples de lesbiennes n'ont identifié aucune transmission résultant de rapports sexuels oraux [81,82]. Une troisième étude portant sur des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes n'a montré aucune séroconversion parmi les participants ayant déclaré pratiquer uniquement des fellations (avec éjaculation) sur des hommes séropositifs ou dont le statut VIH n'était pas connu [74]. Un modèle statistique appliqué à ces résultats a conclu que le risque, par contact, associé au sexe oral se situait entre zéro et 0,04 % (4 sur 10 000) [78]. Ces chiffres sont référencés dans certains rapports [79,80,83] Compte tenu du fait que l'étude n'a identifié aucune séroconversion, la limite supérieure de 0,04 % peut être comprise comme une limite supérieure de possibilité.

- Il n'y a aucune possibilité de transmission du VIH en cas de sexe oral pratiqué sur une personne séropositive lorsque le partenaire séropositif a une charge virale faible **ou** qu'un préservatif est correctement utilisé **ou** que le partenaire séronégatif prend la PrEP [78].

Bien qu'il n'existe pas d'étude sur l'effet du traitement antirétroviral ou de la prophylaxie pré-exposition sur la possibilité de transmission lors de rapports sexuels oraux, notre opinion d'expert est qu'il n'existe aucune possibilité de transmission du VIH associée au sexe oral pratiqué sur un partenaire séropositif sous traitement antirétroviral, ou pratiqué par partenaire prenant la PrEP. De même, l'utilisation correcte du préservatif réduit la probabilité de transmission du VIH à zéro.

Rapports sexuels vaginaux-péniens

- La possibilité de transmission du VIH en cas de rapports sexuels vaginaux-péniens sans préservatif **et** alors que le partenaire séropositif n'a pas de charge virale faible, est faible [84]. La probabilité de transmission est encore plus faible en l'absence d'éjaculation à l'intérieur du partenaire séronégatif.

Deux méta-analyses de couples hétérosexuels [14,84] ont montré que la probabilité de transmission du VIH associée à un rapport sexuel vaginal est faible : 0,08 % (8 sur 10 000) en l'absence de cofacteurs de risque [5,14,41,84]. Il n'est pas clair que la probabilité de

transmission du VIH d'un homme à une femme lors d'un rapport sexuel vaginal soit plus élevée que la transmission d'une femme à un homme. Certaines études n'ont trouvé aucune différence, tandis que d'autres suggèrent que la possibilité de transmission du VIH d'un homme à une femme est deux fois plus élevée que la possibilité de transmission d'une femme à un homme [14,35,83,84].

- La possibilité de transmission du VIH en cas de rapports sexuels vaginaux-péniens lorsque le partenaire séropositif a une charge virale basse **ou** utilise un préservatif **ou** que le partenaire séronégatif prend la PrEP varie de nulle à négligeable selon le contexte [29,38].

De nombreuses études, comme discuté ci-dessus, ont montré que la possibilité de transmission du VIH en cas de rapports sexuels vaginaux-péniens varie de nulle à négligeable lorsque le partenaire séropositif a une charge virale faible [29,37-39,85]. De même, aucun cas de transmission en cas de rapports sexuels vaginaux-péniens n'a jamais été signalé dans aucun essai clinique en présence d'une charge virale indétectable.

Le VIH ne peut pas se transmettre quand un préservatif est utilisé correctement parce que le VIH ne peut pas passer à travers le latex ou le polyuréthane intact. De même, il n'y a aucune possibilité de transmission du VIH lorsqu'une personne a une charge virale indétectable.

Rapports sexuels anaux-péniens

- La possibilité de transmission du VIH en cas de rapport sexuels anaux-péniens sans préservatif **et** alors que le partenaire séropositif n'a pas de charge virale faible, est faible que le partenaire pénétré séronégatif soit un homme ou une femme [86]. La probabilité de transmission est plus faible lorsque le partenaire séropositif est celui qui est pénétré plutôt que celui qui pénètre son partenaire. Elle est également plus faible si la personne séropositive pénétrant son partenaire n'éjacule pas à l'intérieur de son partenaire.

Des études montrent que les rapports anaux « réceptifs » sans préservatif de couples hétérosexuels ou homosexuels sont associés à une probabilité plus élevée de transmission du VIH que les rapports vaginaux « réceptifs » sans préservatif [5,87,88]. Des études individuelles ont estimé une probabilité de transmission du VIH associée à un rapport sexuel anal allant de 0,01 % (1 sur 10 000) à plus de 3 % (300 sur 10 000) [20,75,84,88-91]. La probabilité de transmission du partenaire pénétrant au partenaire pénétré est plus élevée que le contraire [18,75,84].

Deux revues systématiques (2010 et 2014) rapportent une estimation par acte d'environ 1,4 % (140 sur 10 000) pour les relations sexuelles anales « réceptives » (c.-à-d. lorsque la personne séropositive est le partenaire pénétrant) [5,86]. Une étude de cohorte prospective de 2010 a montré que la probabilité tombe de 1,43 % (143 pour 10 000) avec éjaculation à 0,54 % (54 pour 10 000) sans éjaculation [89]. La probabilité de transmission par acte a été estimée à 0,11 % (11 sur 10 000) lorsque la personne séronégative est le partenaire pénétrant [5].

- La possibilité de transmission du VIH en cas de rapports sexuels anaux-péniens lorsque le partenaire séropositif a une charge virale basse **ou** utilise un préservatif **ou** que le partenaire séronégatif prend la PrEP varie de nulle à négligeable selon le contexte. La probabilité est la même que le partenaire séronégatif pénétré soit un homme ou une femme. [85,86].

La possibilité de transmission du VIH, en cas de rapports sexuels anaux-péniens, est négligeable lorsque le partenaire séropositif a une charge virale basse. Comme indiqué ci-dessus, l'étude PARTNER et l'étude Opposites Attract n'ont observé aucune transmission de VIH après environ 39 000 actes de sexe anal sans préservatif et avec une charge virale inférieure à 200 copies / ml [30,92]. En fait, aucun cas de transmission n'a jamais été signalé dans aucun essai clinique en présence d'une charge virale indétectable.

Le VIH ne peut pas se transmettre quand un préservatif est utilisé correctement parce que le VIH ne peut pas passer à travers le latex ou le polyuréthane intact. De même, il n'y a aucune possibilité de transmission du VIH lorsqu'une personne a une charge virale indétectable.

Possibilité de transmission du VIH par simple contact, crachement et morsure

Simple contacts

Le VIH ne se transmet pas au contact de surfaces exposées à l'air libre telle qu'une chaise, un banc ou des toilettes ; de la nourriture ou de la boisson ; ou à travers un simple contact humain comme se serrer dans les bras, partager des objets ménagers ou manger ensemble.

Le VIH ne peut pas survivre longtemps dans l'air et il est incapable de pénétrer la peau intacte. Aucun cas d'infection au VIH par contact avec une surface, un aliment ou une boisson, ou par simple contact humain n'a jamais été identifié malgré de nombreuses études scientifiques envisageant cette possibilité [93-98].

Morsures et crachements

- Il n'y a aucune possibilité de transmission du VIH par contact avec la salive d'une personne séropositive, que ce soit au cours de baisers, à la suite d'une morsure ou d'un crachement.

De nombreuses études ont examiné la possibilité de transmission du VIH à travers la salive, mais aucune n'a trouvé de preuve de transmission, y compris une étude de 1997 portant sur 34 000 cas d'exposition au Royaume-Uni [99]. L'absence de transmission du VIH à travers la salive est attribuée à deux facteurs : la salive contient une très petite quantité de VIH [100], et l'existence de plusieurs composants inhibiteurs dans les sécrétions orales permet à la salive de protéger des cellules sensibles contre l'infection au VIH [101-106].

- Il n'y a aucune possibilité de transmission du VIH en cas de morsure ou de crachement lorsque la salive d'une personne séropositive ne contient pas ou peu de sang.

Les données actuelles suggèrent que le VIH ne peut pas non plus se transmettre lorsque la salive contient de petites quantités de sang. Malgré des recherches préliminaires suggérant un risque théorique de transmission dans le cas où la salive (contenant du sang) entrerait dans le corps d'une personne à travers le tissu muqueux (par exemple, en atterrissant dans l'œil ou la bouche), aucun cas de transmission du VIH n'a été rapporté [107]. Par conséquent, notre opinion d'expert est qu'il n'y a aucune possibilité de transmission du VIH à travers la salive contenant de petites quantités de sang.

- La possibilité de transmission du VIH en cas de morsure lorsque la salive d'une personne séropositive contient une quantité importante de sang, que le sang entre en contact avec une membrane muqueuse ou une plaie ouverte **et** que la charge virale de la personne séropositive n'est ni basse ni indétectable varie de nulle à négligeable.

De nombreuses études ont présenté un grand nombre de cas de morsures n'ayant entraîné aucune transmission du VIH [108-112] ou ont estimé que la transmission était improbable [107,109,113,114].

Pour que la transmission soit plausible en cas de morsure, la personne séropositive doit avoir du sang dans sa bouche au moment de la morsure, une quantité suffisante de VIH dans son sang, et la morsure doit être suffisamment profonde et pénétrer la peau de la personne séronégative, causant des traumatismes et des lésions tissulaires [106,107,115]. Même lorsque toutes ces conditions sont réunies, la possibilité de transmission lors d'un seul cas de morsure est tout au plus négligeable.

Améliorations significatives de l'espérance de vie et de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH

La deuxième section de cette déclaration de consensus examine le préjudice associé à l'infection du VIH parce que certaines idées fausses qui persistent dans nos sociétés exagèrent les conséquences de l'infection et semblent influencer l'application du droit pénal [3]. Le droit pénal prend en compte, non seulement, la probabilité que l'infraction se matérialise mais aussi le préjudice qui pourrait résulter de l'infraction. Ainsi, par exemple, les éléments constitutifs de l'infraction de « lésions corporelles » sont différents de ceux de l'infraction de « lésions corporelles graves », qui se distinguent de ceux de l'« homicide involontaire » ou du « meurtre ». C'est pourquoi, il est important de souligner les énormes changements en termes de perspectives d'avenir pour les personnes vivant avec le VIH qui ont eu lieu au cours des dernières décennies.

L'évolution naturelle de l'infection par le VIH non traitée varie considérablement d'une personne à l'autre [116]. Si l'infection n'est pas traitée, la plupart des personnes connaissent une phase asymptomatique qui dure de deux à 15 ans, au cours de laquelle le virus se reproduit, sapant progressivement leur système immunitaire. Un petit pourcentage de personnes infectées par le VIH ont des systèmes immunitaires qui bloquent la réplication du virus pour une durée indéterminée [117], mais la grande majorité des personnes finissent par développer le sida si elles ne sont pas traitées (environ la moitié des personnes dans une période de 10 ans [118]). Le sida se définit par la présence de marqueurs de laboratoire spécifiques ou d'infections opportunistes et de maladies spécifiques qui, si la thérapie antirétrovirale n'est pas entamée, finissent par entraîner la mort.

Les thérapies antirétrovirales réduisent considérablement la progression de l'infection par le VIH vers le sida. Globalement, les recommandations thérapeutiques ont été révisées pour recommander de commencer un traitement antirétroviral immédiatement après le diagnostic de l'infection au VIH car la plupart des personnes sous traitement auront une charge virale indétectable, garderont un système immunitaire sain, resteront en bonne santé et éviteront les complications de l'infection à VIH à long terme [119-120]. Même ceux qui commencent un traitement - alors que leur charge virale est élevée - peuvent s'attendre, en suivant leur traitement, à une réduction étonnante de leur charge virale au point de récupérer un système immunitaire leur permettant de jouir d'une bonne santé à long terme [121]. Pour beaucoup, un traitement efficace requiert une seule pilule par jour.

Des études menées dans de nombreux pays ont montré que les traitements antirétroviraux ont radicalement augmenté l'espérance de vie, que l'espérance de vie a continué à s'améliorer avec le temps et que la santé et la qualité de vie, à long terme, des personnes vivant avec le VIH se sont considérablement améliorées [122-141]. L'espérance de vie de jeunes séropositifs qui commencent aujourd'hui un traitement antirétroviral approche celle des jeunes de la population générale [45,132,134,135,137]. En outre, avec les thérapies antirétrovirales les causes de décès des personnes vivant avec le VIH sont passées de maladies liées au sida à des causes non liées au VIH [142,143] et similaires à celles qui touchent la population générale [144]. De même, la prise en charge clinique des patients a évolué pour inclure maintenant le traitement de problèmes de santé liés au vieillissement, comme la ménopause, et les maladies cardiovasculaires [143-150], et des interventions visant à influencer les « modes de vie » comme le tabagisme [151]. Dans certaines sous-populations, les soins cliniques en cours ont le potentiel d'augmenter l'espérance de vie des personnes vivant avec le VIH au-delà de celle de leurs homologues séronégatifs [135].

Bien que le VIH provoque une infection nécessitant un traitement continu avec des antirétroviraux, les personnes vivant avec le VIH peuvent mener une vie longue et productive, travailler, étudier, et voyager. Elles peuvent avoir des relations amoureuses, faire et élever des enfants et contribuer à la vie sociale de bien d'autres manières.

Établir une preuve de transmission du VIH

La dernière section de cette déclaration de consensus reconnaît l'importance d'utiliser correctement les données scientifiques et médicales dans les cas de poursuites pénales liées au VIH où la transmission effective du VIH est en cause.

Les directives internationales sur le VIH dans le contexte du droit pénal recommandent que « la preuve du lien de causalité, en matière de transmission du VIH, soit toujours fondée sur des preuves provenant de plusieurs sources pertinentes, incluant notamment les dossiers médicaux, des méthodes scientifiques rigoureuses et des informations relatives aux antécédents sexuels » [1].

- Les dossiers médicaux peuvent fournir des informations contextuelles mais ne permettent pas d'établir une transmission entre un plaignant et un défendeur.

Les circonstances liées à la nature de la relation sexuelle, au moment où celle-ci a eu lieu, ainsi que les informations relatives à d'autres sources potentielles d'infection sont des éléments fondamentaux qui doivent être pris en considération dans tous les cas où la transmission sexuelle du VIH est alléguée. Lorsqu'ils sont disponibles et légalement obtenus,

les dossiers médicaux peuvent être utiles pour déterminer la date des derniers tests négatifs et des premiers tests positifs au VIH du plaignant et du défendeur. En prenant en compte la période de latence sérologique associée à chaque test, cette information peut être utilisée pour identifier la période au cours de laquelle le plaignant a contracté le VIH et savoir si le prévenu était séropositif à ce moment là. Fait important : le fait d'avoir fait le test de dépistage en premier ou d'avoir été la personne à porter les accusations, ne permet pas, de déterminer qui, du plaignant ou du défendeur, était le premier à être infecté.

Les informations relatives à la charge virale du VIH et au nombre de CD4 présentes dans les dossiers médicaux ont parfois été présentées comme des éléments de preuve permettant d'établir le moment de l'infection. Cependant, la charge virale et le nombre de CD4 varient considérablement autant au niveau inter qu'intra-individuel et ne peuvent donc pas être utilisés pour déterminer exactement quand quelqu'un a contracté le VIH [152].

- L'analyse phylogénétique peut être utilisée comme un outil médico-légal. Les résultats peuvent être compatibles avec l'allégation selon laquelle un défendeur aurait infecté un plaignant, mais ils ne peuvent pas le prouver de façon concluante. Fait important, les résultats phylogénétiques peuvent disculper un accusé lorsque les résultats ne sont pas compatibles avec l'allégation selon laquelle le défendeur aurait infecté le plaignant.

L'analyse phylogénétique compare la relation évolutive du VIH chez différentes personnes, mais les résultats doivent être interprétés avec prudence lorsqu'ils sont utilisés dans les affaires pénales en complément d'autres éléments de preuves factuelles et médicales [153]. La complexité de l'analyse phylogénétique est en partie liée au fait que le VIH est un virus qui évolue rapidement. Le virus est sujet à des mutations répétées, de sorte que chaque personne vivant avec le VIH a plus d'une variante du virus [154]. Au cours de la transmission, un nombre limité de variantes du virus (entre une et quelques variantes) seront transmises, mais celles-ci vont de nouveau muter pour former de nouvelles variantes de sorte que le virus du VIH entre deux personnes n'est jamais identique [155].

L'analyse phylogénétique du VIH consiste à évaluer les relations évolutives entre différentes variantes du VIH dans le but, par exemple, d'étudier les réseaux de transmission du VIH à des fins de santé publique. Dans les affaires pénales, l'analyse phylogénétique consiste à déterminer si le ou les plaignants et le ou les défendeurs font bien partie d'un même réseau de transmission. Le réseau est représenté comme un " arbre " phylogénétique. Il convient de noter que l'arbre phylogénétique doit être compris comme un arbre génétique du VIH. Cet arbre peut différer de l'historique de la transmission car les variantes du VIH peuvent

précéder la transmission ou disparaître après la transmission [156] et parce que certaines personnes d'un même réseau de transmission peuvent ne pas avoir été diagnostiquées ou avoir été échantillonnées avant la construction de l'arbre.

La phylogénétique du VIH est très différente du profilage de l'ADN humain car, étant donné l'évolution continue des variantes du VIH pour chaque personne, la phylogénétique ne peut pas obtenir de « correspondance exacte ». Quand il semble y avoir une « correspondance phylogénétique » entre le VIH de deux individus, cela signifie que deux variantes ou plus sont épidémiologiquement « liées », et non pas qu'elles sont identiques [155,157]. En revanche la preuve phylogénétique du VIH *peut* exonérer une personne accusée d'avoir transmis le VIH car si les souches de virus détectées, à la fois chez le défendeur et le plaignant, ne sont pas liées, alors les preuves phylogénétiques contredisent effectivement et de manière concluante l'allégation selon laquelle que le défendeur serait à la source du virus du plaignant. [155,158].

Des avancées récentes dans le séquençage de l'ADN et la phylogénétique permettent désormais de tenir compte du sens et du moment de la transmission [159-162]. Toutefois, ces méthodes ne sont actuellement ni suffisamment détaillées, ni suffisamment précises pour prouver qui a infecté qui [155,163]. C'est en partie parce qu'il peut toujours y avoir des individus inconnus et non diagnostiqués au sein du réseau de transmission [155]. Par conséquent, à l'heure actuelle, l'analyse phylogénétique ne peut pas permettre d'éliminer la possibilité que le plaignant ait lui-même infecté le défendeur, que les deux aient été infectés par un tiers [158,163] ou que d'autres scénarios plus complexes de transmission expliquent pourquoi les variantes de VIH du défendeur et du plaignant sont liées épidémiologiquement. Le fait que le VIH ne protège pas contre une « super » infection ultérieure avec une variante différente ajoute encore de la complexité [158]. En particulier, la fiabilité des informations portant sur le sens de l'infection est compromise lorsque le défendeur et le plaignant se sont livrés à de nombreux actes sexuels, ce qui a peut-être facilité de multiples contaminations et recontaminations [155].

L'analyse phylogénétique est complexe, et par conséquent, il est important que la phylogénétique du VIH à des fins médico-légales soit effectuée et interprétée par des experts qui en comprennent pleinement les limites et les énoncent explicitement dans leurs rapports écrits et au cours de leurs témoignages. L'interprétation des résultats phylogénétiques à des fins médico-légales nécessite une expertise en phylogénétique et dans la distinction entre les arbres évolutifs de virus et les historiques de transmission. Cette interprétation n'est pas aisée et les méthodologies n'ont pas encore été standardisées [155]. La fiabilité des données dérivées de

l'analyse phylogénétique dépend d'un certain nombre de facteurs méthodologiques, incluant l'utilisation de « contrôles locaux » adéquats [164-166] et de séquences de bases de données [167-169], qui doivent être sélectionnés sur la base de critères de sélection uniformes [155]. La recherche, au niveau international, montre que les preuves phylogénétiques utilisées dans les procès pénaux n'ont pas toujours satisfait à ces exigences [155].

Conclusion

Compte tenu des éléments présentés dans ce document, nous recommandons fortement de faire preuve de plus de prudence lorsqu'une poursuite pénale est envisagée, et notamment, d'évaluer minutieusement les dernières données scientifiques sur les risques de transmission et les conséquences de l'infection. Ceci est essentiel pour réduire la stigmatisation, la discrimination et éviter les erreurs judiciaires.

Dans ce contexte, nous espérons que cette déclaration de consensus encouragera les gouvernements et les acteurs de la justice à prêter une attention particulière aux importantes avancées scientifiques réalisées au cours des trente dernières années dans le domaine du VIH et de faire tout ce qui est en leur pouvoir pour garantir que toute application du droit pénal, dans les affaires relatives au VIH, soit fondée sur une compréhension exacte et complète des données scientifiques probantes actuelles.

Intérêts concurrents

Peter Godfrey-Faussett est employé à la London School of Hygiene and Tropical Medicine et détaché à plein temps à l'ONUSIDA. Tous les autres auteurs déclarent qu'ils n'ont aucun intérêt concurrent.

Remerciements

Nous remercions Sally Cameron, Edwin Bernard, Luisa Cabal, Stéphanie Claivaz-Loranger, Patrick Eba, Richard Elliott, Cécile Kazatchkine, David McLay, Kevin Osborne, Mariangela Simão, et Laurel Sprague

Financement

Ce travail a été soutenu par le financement de International AIDS Society (IAS), International Association of Providers of AIDS Care (IAPAC), le Robert Carr Fund pour les réseaux de la société civile et l'ONUSIDA.

Contribution des auteurs

Tous les auteurs ont participé à de nombreux cycles de discussion, rédaction et révision de cette déclaration de consensus.

Références

1. Programme commun des Nations Unies sur le VIH / sida (ONUSIDA). Note d'orientation de l'ONUSIDA sur l'éradication de la criminalisation trop générale du VIH. Genève: ONUSIDA; 2013.
2. Commission mondiale sur le VIH et la loi. VIH et la loi : Risques, droits et santé. Genève: PNUD; 2012.
3. Bernard EJ, Cameron S. Advancing HIV Justice 2: Building momentum in global advocacy against HIV criminalization. HIV Justice Network, Global Network of People Living with HIV; Avril 2016.
4. Organisation mondiale de la santé. Santé sexuelle, droits de l'homme et Loi. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2015.
5. Patel P, Borkowf CB, Brooks JT, Lasry A, Lansky A, Mermin J. Estimating per-act HIV transmission risk: a systematic review. *AIDS*. 2014 Juin 19 ; 28 (10) : 1509-19.
6. Centers for Disease Control and Prevention. CDC Information Undetectable Viral Load and HIV Transmission Risk. Octobre 2017. Disponible à l'adresse <https://www.cdc.gov/hiv/pdf/risk/art/cdc-hiv-uvl-transmission.pdf>
7. 2008 MBQB 201, Canada.
8. R v Mabior. SCC 47. 2012; Canada.
9. Boyd M, Cooper D, Crock E, Crooks L, Giles M, Grulich A, et al. Sexual transmission of HIV and the law: an Australian medical consensus statement. *Med J Aust*. 2016; 205 (9) : 409-12.
10. Loutfy M, Tyndall M, Baril J-G, Montaner J, Kaul R, Hankins C. Canadian consensus statement on HIV and its transmission in the context of the criminal law. *Can J Infect Dis Med Microbiol*. 2014;25(3) :135-40.
11. Albert J, Berglund T, Gisslén, M, Gröön P, Sönnnerborg A, Tegnell A, et al. Risk of HIV transmission from patients on antiretroviral therapy: a position statement from the Public Health Agency of Sweden and the Swedish Reference Group for Antiviral Therapy. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*. 2014;46(10):673-7.
12. Vernazza P, Hirschel B, Bernasconi E, Flepp M. Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle. *Bulletin des médecins suisses*. 2008 30; 89 (5), 165-9. Français.
13. Vandamme AM, Van Laethem K, JC Schmit, Van Wijngaerden E, Reynders M, Debyser Z, et al. Long-term stability of human immunodeficiency virus viral load and infectivity in whole blood. *European Journal of Clinical Investigation*. 1999; 29:445-52.
14. Powers K, Poole C, Pettifor A, Cohen M. Rethinking the heterosexual infectivity of HIV-1: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. Septembre 2008; 8 (9): 553-63.
15. Lytle CD. An in vitro evaluation of condoms as barriers to a small virus. *Sex Transm Dis*. 1997;24 :161-4.
16. Vittinghoff E, Douglas J, Judson F, McKirnan D, MacQueen K et Buchbinder SP. Per-contact risk of human immunodeficiency virus transmission between male sexual partners. *Am J Epidemiol*. 1er août 1999; 150 (3): 306-11.
17. Weller S, Davis K. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. *Base de données Cochrane Syst Rev*. [internet]. 2001 [cité le 6 juin 2018] Disponible à: <http://onlinelibrary.wiley.com>

18. Macdonald N, Elam G, F Hickson, Imrie J, CA McGarrigle, Fenton KA, et al. Factors associated with HIV seroconversion in gay men in England at the start of the 21st century. *Sex Transm Infect.* Fév 2008; 84(1): 8-13.
19. Lavoie E, Alary M, Remis RS, Otis J, Vincelette J, Turmel B. Determinants of HIV seroconversion among men who have sex with men living in a low HIV incidence population in the era of highly active antiretroviral therapies. *Sex Transm Dis.* Janvier 2008; 35(1): 25-9.
20. Scott HM, Vittinghoff E, R Irvin, Sachdev D, Liu A, Gurwith M et al. Age, Race/Ethnicity, and Behavioral Risk Factors Associated with Per-Contact Risk of HIV Infection Among Men Who Have Sex with Men in the United States. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 1er janvier 2014; 65 (1): 115-121.
21. Smith DK, Herbst JH, Zhang X, Rose CE. Condom effectiveness for HIV prevention by consistency of use among men who have sex with men in the United States. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 1er mars 2015; 68 (3): 337-44. Référencé dans doi : 10.1097 / QAI.0000000000000461.
22. Weller S, Davis-Beatty K. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. *Base de données Cochrane Syst Rev* 2002; (1): CD003255.
23. Crosby R, Bounse S. Condom effectiveness: where are we now?. *Sex Health.* 2012; 9 : 10-17
24. Buchbinder S, Katz M, Hessel N, O'Malley P, Homberg S. Long-term HIV-1 infection without immunologic progression. *AIDS.* 1994; 8 :1123-8.
25. Madec Y, F Boufassa, Avettand-Fenoel V, S Hendou, Melard A, Boucherit S, et al. Early control of HIV-1 infection in long-term nonprogressors followed since diagnosis in the ANRS SEROCO/HEMOCO cohort. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2009; 50 :19-26.
26. Poropatich K, Sullivan DJ. Human immunodeficiency virus type 1 long-term non-progressors: the viral, genetic and immunological basis for disease non-progression. *Journal de la virologie générale.* 2010;2(2) :247-68.
27. Learmont J, Geczy A, Mills J, Ashton L, C Raynes-Greenow, R Garsia, et al. Immunologic and virologic status after 14 to 18 years of infection with an attenuated strain of HIV-1. A report from the Sydney Blood Bank Cohort. *N Engl J Med* 1999; 340 : 1715-22.
28. Rhodes DI, Ashton L, Salomon A, Carr A, Cooper D, Kaldor J, et al. Characterization of three nef-defective human immunodeficiency virus type 1 strains associated with long-term nonprogression. Australian Long-Term Nonprogressor Study Group. *J. Virol.* Novembre 2000 : 74 (22) : 10581-8.
29. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med.* 11 août 2011; 365 : 493-505.
30. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, van Lunzen J, et al. Sexual activity without condoms and risk of HIV transmission in serodifferent couples when the HIV-positive partner is using suppressive antiretroviral therapy. *JAMA.* 2016; 316 :171-81.
31. Montaner JS, Hogg R, Bois E, Kerr T, M Tyndall, Levy AR, et al. The case for expanding access to highly active antiretroviral therapy to curb the growth of the HIV epidemic. *Lancet.* 2006;368(9534) :531-6.
32. Quinn TC, Wawer MJ, N Sewankambo, Serwadda D, Li C, Wabwire-Mangen F, et al. Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. Groupe d'étude du projet Rakai. *N Engl J Med.* 2000;342(13) :921-9.
33. Tovnanubutra S, Robison V, Wongtrakul J, Sennum S, Suriyanon V, Kingkeow D, et al. Male viral load and heterosexual transmission of HIV-1 subtype E in northern Thailand. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 1er mars 2002 ; 29 (3) : 275-83.

34. Fideli US, Allen SA, Musonda R, Trask S, Hahn BH, Weiss H, et al. Virologic and immunologic determinants of heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1 in Africa. *AIDS Res Hum Retroviruses*. 1er juil. 2001; 17 (10) : 901-10.
35. Hughes JP, Baeten JM, Lingappa JR, Magaret AS, Wald A, de Bruyn G. Determinants of per-coital-act HIV-1 infectivity among African HIV-1-serodiscordant couples. *J Infect Dis*. 1er février 2012 ; 205 (3) : 358-65.
36. Grulich A, B Bavinton, Jin F, Prestage G, Zablotska, Grinsztejn B, et al. HIV transmission in male serodiscordant couples in Australia, Thailand and Brazil. Résumé de la conférence 2015 sur les rétrovirus et les infections opportunistes, Seattle, États-Unis, 2015.
37. MS Cohen, Chen YQ, M McCauley, Gamble T, M Hosseinipour, N Kumarasamy, et al. Antiretroviral Therapy for the Prevention of HIV-1 Transmission. *N Engl J Med*. 1er septembre 2016 ; 375 (9) : 830-9.
38. Supervie V, Viard J-P, Costagliola D, Breban R. Heterosexual risk of HIV transmission per sexual act under combined antiretroviral therapy: systematic review and Bayesian modeling. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am*. 2014 Jul 1;59(1):115-22.
39. Loutfy MR, W Wu, Letchumanan L, Bondy L, Antoniou T, Margolese S, et al. Systematic Review of HIV Transmission between Heterosexual Serodiscordant Couples where the HIV Positive Partner Is Fully Suppressed on Antiretroviral Therapy. *PLoS ONE*. 13 février 2012 ; 8 (12).
40. Anglemyer A, Rutherford GW, Baggaley RC, Egger M, Siegfried N. Antiretroviral therapy for prevention of HIV transmission in HIV-discordant couples. *Base de données Cochrane Syst. Rev*. 30 Avril 2013 ; (4).
41. Mastro TD, de Vincenzi I. Probabilities of sexual HIV-1 transmission. *AIDS*. 1996.10 Suppl A : S75-82.
42. Gray RH, Wawer MJ, Brookmeyer R, Sewankambo NK, Serwadda D, Wabwire-Mangen F, et al. Probability of HIV-1 transmission per coital act in monogamous, heterosexual, HIV-1-discordant couples in Rakai, Uganda. *Lancet*. 14 avril 2001 357 (9263) : 1149-53.
43. Young J, Rickenbach M, Calmy A, Bernasconi E, C Staehelin, Schmid P, et al. Transient detectable viremia and the risk of viral rebound in patients from the Swiss HIV Cohort Study. *BMC Infect Dis*. 2015 ; 15 (1) : 382.
44. Sörstedt E, Nilsson S, Blaxhult A, Gisslén M, Flamholz L, Sönnnerborg A, et al. Viral blips during suppressive antiretroviral treatment are associated with high baseline HIV-1 RNA levels. *BMC Infectious Diseases*. 2016; 16 : 305.
45. Van Sighem A, Zhang S, P Reiss, Gras L, M van der Ende, Kroon F, et al. Immunologic, virologic, and clinical consequences of episodes of transient viremia during suppressive combination antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 1er mai 2008 ; 48 : 104-8.
46. Teira R, F Vidal, P Muñoz-Sánchez, P Geijo, Viciano P, Ribera E, et al. Very low level viraemia and risk of virological failure in treated HIV-1-infected patients. *HIV Medicine*, édition en ligne. *HIV Med*. Mars 2017 ;18(3) :196-203.
47. Fonner V, Dalgligh S, Kennedy C, Baggaley R, O'Reilly K, Koechlinb F, et al. Effectiveness and safety of oral HIV preexposure prophylaxis for all populations. *AIDS*. 2016;30 :1973-83.
48. Molina JM, Capitant C, Spire B, Pialoux G, Cotte L, Charreau I, et al. On-Demand Preexposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection. *N Engl J Med*. 3 dec 2015 ;373 :2237-46.
49. McCormack, S, Dunn D, Desai M, Dolling D, Gafos M, Gilson R, et al. Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. *The Lancet*. Sept 9 2015 ;387(10013) :53-60.

50. Grant RM, Liegler T, Defechereux P, Kashuba AD, Taylor D, Abdel-Mohsen M, et al. Drug resistance and plasma viral RNA level after ineffective use of oral pre-exposure prophylaxis in women. *AIDS*. 2015; 29 :331-7.
51. Schechter M, do Lago R, Mendelsohn A, Moreira R, Moulton L, Harrison L, et al Behavioral impact, acceptability, and HIV incidence among homosexual men with access to postexposure chemoprophylaxis for HIV. *JAIDS*. 15 april 2004 ;35(5) :519-25.
52. Pinkerton SD, Martin J, Roland M, Katz M, Coates T, Kahn J, et al. Cost-effectiveness of postexposure prophylaxis after sexual or injection-drug use exposure to human immunodeficiency virus. *Arch Intern Med*. 2004; 164 :46-54.
53. Jochimsen EM. Échecs de zidovudine après la prophylaxie. *Am J Med*. 19 mai 1997 ;102(5) Sup2 :52-55.
54. Lot F, Abiteboul D. Occupational infections with HIV in France among health-care personnel. *Bull Epi Hebdom*. 1999;18:69-70. French.
55. Beltrami EM, Luo CC, de la Torre N, Cardo DM. Transmission of drug-resistant HIV after an occupational exposure despite postexposure prophylaxis with a combination drug regimen. *Infect Control Hosp Epidemiols*. 2002;23 :345-48, 2002.
56. Hawkins DA, Asboe D, Barlow K, Evans B. Seroconversion to HIV-1 following a needlestick injury despite combination post-exposure prophylaxis. *J Infect*. 2001; 43 :12-15.
57. Wulfsohn A, Venter WDF, Schultze D, M Levey, Sanne IM.. Post-exposure prophylaxis after sexual assault in South Africa. *Actes de la dixième Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes*; février 2003; Boston, États-Unis : résumé 42.
58. Lunding S et al. Danish postexposure prophylaxis (PEP) registry: use and failure of antiretroviral chemoprophylaxis following sexual exposure to HIV. *Seizième Conférence internationale sur le sida*, Toronto, résumé TUPE0433, 2006.
59. Donnell D, Mimiaga MJ, Mayer K, Chesney M, Koblin B, Coates T. Use of non-occupational post-exposure prophylaxis does not lead to an increase in high risk sex behaviors in men who have sex with men participating in the EXPLORE trial. *SIDA Behav*. 2010;14(5) :1182-1189.
60. Sonder GJB, Prins JM, Regez RM, et al. Comparison of two HIV postexposure prophylaxis regimens among men who have sex with men in Amsterdam: adverse effects do not influence compliance. *Sex Transm Dis*. 2010;37(11) :681-686.
61. McAllister J, Read P, McNulty A, Tong WW, Ingersoll A, Carr A. Raltegravir-emtricitabine-tenofovir as HIV nonoccupational post-exposure prophylaxis in men who have sex with men: safety, tolerability and adherence. *HIV Med*. 2014;15(1) :13-22.
62. Jain S, Oldenburg CE, Mimiaga MJ, Mayer KH. Subsequent HIV infection among men who have sex with men who used non-occupational post-exposure prophylaxis at a Boston community health center: 1997-2013. *AIDS Patient Care STDS*. 2015;29(1) :20-25.
63. Foster R, McAllister J, Lisez TR, et al. Single-tablet emtricitabine- rilpivirine-tenofovir as HIV postexposure prophylaxis in men who have sex with men. *Clin Infect Dis*. 2015 : 1-5.
64. Linden JA, Oldeg P, Mehta SD, McCabe KK, LaBelle C. HIV postexposure prophylaxis in sexual assault: current practice and patient adherence to treatment recommendations in a large urban teaching hospital. *Acad Emerg Med*. 2005;12(7) :640-646.
65. Griffith WF, Ackerman GE, Zoellner CL, Sheffield JS. Sexual assault: a report on human immunodeficiency virus postexposure prophylaxis. *Obstet Gynecol Int*. 2010 (196963) : 1-6.
66. Olshen E, Hsu K, Woods ER, Harper M, Harnisch B, échantillons CL. Use of human immunodeficiency virus postexposure prophylaxis in adolescent sexual assault victims. *Arc de Pediat Adolesc Med*. 2006;160(7) :674-680.

67. Cardo D, Culver D, Ciesielski C, Srivastava P, Marcus R, Abiteboul D, et al. A Case–Control Study of HIV Seroconversion in Health Care Workers after Percutaneous Exposure. *N Engl J Med*. 20 nov. 1997 ; 337 : 1485-90.
68. Poynten IM, Smith DE, Cooper DA, Kaldor JM, Grulich AE. The public health impact of widespread availability of nonoccupational postexposure prophylaxis against HIV. *Médecine VIH*. 8 septembre 2007 ; (6) : 374-381.
69. Siegfried N, Muller M, Deeks JJ, Volmink J. Male circumcision for prevention of heterosexual acquisition of HIV in men. *Base de données Cochrane Syst Rev*. 2009 Apr 15; (2) : CD003362.
70. Millett GA, Flores SA, Marks G, Reed JB, Herbst JH. Circumcision status and risk of HIV and sexually transmitted infections among men who have sex with men: a meta-analysis. *JAMA*. 8 octobre 2008; 300 (14) : 1674-84. Erratum dans : *JAMA*. 18 mars 2009 ; 301 (11) : 1126-9.
71. Crepaz N, Marques G, Liao A, MM Mullins, Aupont LW, Marshall KJ et al. Prevalence of unprotected anal intercourse among HIV-diagnosed MSM in the United States: a meta-analysis. *AIDS*. 24 août 2009; 23 (13) : 1617-29.
72. Van De Ven P, Kippax S, Crawford J, Rawstorne P, Prestage G, Grulich A et al. In a minority of gay men, sexual risk practice indicates strategic positioning for perceived risk reduction rather than unbridled sex. *Soins du SIDA*. Août 2002; 14 (4) : 471-80.
73. Jin F, J Crawford, G Prestage, Zablotska I, J Imrie, Kippax S, et al. Unprotected anal intercourse, risk reduction behaviours, and subsequent HIV infection in a cohort of homosexual men. *AIDS*. 14 janvier 2009 ; 23 (2) : 243-52.
74. Baggaley RF, Boily M-C, White RG, Alary M. Risk of HIV-1 transmission for parenteral exposure and blood transfusion: a systematic review and meta-analysis. *AIDS*. 2006; 20 :805-12.
75. Vittinghoff E, Douglas J, F Judson, McKirnan D, MacQueen K, Buchbinder SP. Per-contact risk of human immunodeficiency virus transmission between male sexual partners. *Am J Epidemiol*. 1999 1er août; 150 : 306-11.
76. Sexton J, Garnett G, Røttingen J-A. Metaanalysis and metaregression in interpreting study variability in the impact of sexually transmitted diseases on susceptibility to HIV infection. *Sex Transm Dis*. Juin 2005 ; 32 (6) : 351-7.
77. Campo J, Perea MA, del Romero J, Cano J, Hernando V, Bascones A. Oral transmission of HIV, reality or fiction? Une mise à jour. *Oral Dis*. Mai 2006 ; 12 (3) : 219-28.
78. Baggaley RF, White RG, Boily MC. Systematic review of orogenital HIV 1 transmission probabilities. *Int J Epidemiol*. 2008 décembre; 37 (6) : 1255-65.
79. Morrow G, Vachot L, Vagenas P and Robbiani M. Current concepts of HIV transmission. *Curr HIV/AIDS Rep*. Fév 2007 ; 4 (1) : 29-35.
80. Centers for Disease Control and Prevention. Oral sex and HIV Risk. *CDC HIV / AIDS Facts*, juin 2009.
81. del Romero J, B Marincovich, Castilla J, S Garcia, J Campo, Hernando V,. Evaluating the risk of HIV transmission through unprotected orogenital sex. *SIDA* 14 juin 2002 ; 16 (9) : 1296-97.
82. Raiteri R, Fora R, Sinicco A. No HIV-1 transmission through lesbian sex. *Lancet* 1994; 344 : 270.
83. European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. Comparison of female to male and male to female transmission of HIV in 563 stable couples. *BMJ* 28 mars 1992 ; 304 (6830) : 809-13.
84. Boily MC, Baggaley RF, Wang L, Masse B, White RG, Hayes RJ, et al. Heterosexual risk of HIV-1 infection per sexual act: systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet Infect Dis* 9 fév. 2009 ; (2) : 118-29.

85. Rodger A, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, Estrada V, et al. HIV transmission risk through condomless sex if the HIV positive partner is on suppressive ART: Étude PARTNER. Presentation at CROI, 2014 Mar 3-6; Boston, U.S..
86. Baggaley RF, White RG, Boily M-C. HIV transmission risk through anal intercourse: systematic review, meta-analysis and implications for HIV prevention. *Int J Epidemiol*. Août 2010; 39 (4) : 1048-63.
87. Halperin DT, Shiboski SC, Palefsky JM et Padian NS. High level of HIV-1 infection from anal intercourse: a neglected risk factor in heterosexual AIDS prevention. Document présenté à la XIVe Conférence internationale sur le sida. 2002; Barcelone, Espagne.
88. Leynaert B, Downs AM, de Vincenzi I. Heterosexual transmission of human immunodeficiency virus: variability of infectivity throughout the course of infection. European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. *Am J Epidemiol*. 1er juillet 1998 ; 148 (1) : 88-96
89. Jin F, Jansson J, Loi M, Prestage GP, Zablotska I, Imrie JC, et al. Per-contact probability of HIV transmission in homosexual men in Sydney in the era of HAART. *AIDS*. 27 mars 2010 ; 24 (6) : 907-13.
90. DeGruttola V, Seage GR 3rd, Mayer KH and Horsburgh CR Jr. Infectiousness of HIV between male homosexual partners. *J Clin Epidemiol*. 1989; 42 (9) : 849-56.
91. Jacquez JA, Koopman JS, Simon CP and Longini IM Jr. Role of the primary infection in epidemics of HIV infection in gay cohorts. *J Acquir Immune Defic Syndr*. Novembre 1994 ; 7 (11) : 1169-84.
92. Bavinton B, B. Grinsztejn, N. Phanuphak, F. Jin, I. Zablotska, G. Prestage, et al. HIV treatment prevents HIV transmission in male serodiscordant couples in Australia, Thailand and Brazil. 9th International AIDS Society Conference on HIV Science, Paris, abstract no TUAC0506LB, July 2017.
93. Berthier A, R Fauchet, N Genetet, J Fonlupt, Genetet N, Gueguen M, et al. Transmissibility of human immunodeficiency virus in haemophilic and non-haemophilic children living in a private school in France. *Lancet* 13 sep. 1986 ; 2 (8507) : 598-601.
94. Fischl MA, Dickinson GM, Scott GE, et al. Evaluation of heterosexual partners, children and household contacts of adults with AIDS. *JAMA* 1987; 257 : 640-4.
95. Friedland G, Kahl P, Saltzman B, Rogers M, Feiner C, Mayers M, et al. Additional evidence for lack of transmission of HIV infection by close interpersonal (casual) contact. *AIDS*. 1er juil. 1990; 4 (7) : 639-44.
96. Rogers MF, White CR, R Sanders, C Schable, TE Ksell, Wasserman RL, et al. Lack of transmission of human immunodeficiency virus from infected children to their household contacts. *Pédiatrie*. Fév 1990 ; 85 (2) : 210-14.
97. Courville TM, Caldwell B, Brunell P. Lack of Evidence of Transmission of HIV-1 to Family Contacts of HIV-1 Infected Children. *Pédiatrie clinique*. Mars 1998 ; 37(3) : 175-8.
98. Lusher JM, Operskalski EA, Lee H, Mosley JW, Aledort LM, Dietrich SL, et al. Risk of human immunodeficiency virus type 1 infection among sexual and nonsexual household contacts of persons with congenital clotting disorders. *Pédiatrie*. Août 1991; 88 (2) : 242-9.
99. Gilbert VL. Unusual HIV transmissions through blood contact: analysis of cases reported in the United Kingdom to December 1997. *Communicable Disease and Public Health*. Juin 1998 ; 1 (2) : 108-13.
100. Yeung SC, F Kazazi, Randle CG, et al. Patients infected with human immunodeficiency virus type 1 have low levels of virus in saliva even in the presence of periodontal disease. *J Infect Dis*. Avril 1993 ; 167 (4) : 803-9.

101. Shine N, Konopka K, Düzgüneş N : The anti-HIV-1 activity associated with saliva. *J Dent Res.* Fév 1997 ; 76 (2) : 634-640.
102. Shugars DC, Schock DC, Patton J. HIV-1 RNA load in blood plasma, saliva and crevicular fluid. *J Dent Res.* 1998; 77 (numéro spécial A) : 285.
103. Shugars DC, Wahl S. The role of the oral environment in HIV-1 transmission. *JADA.* Juillet 1998 ; 129 (7) : 851-8.
104. Malamud D, Friedman HM. HIV in the oral cavity: virus, viral inhibitory activity, and antiviral antibodies. *Crit Rev Oral Biol Med.* 1993; 4 (3-4) : 461-6.
105. Archibald DW, Cole GA. In vitro inhibition of HIV-1 infectivity by human salivas. *AIDS Res Hum Retroviruses*, déc. 1990; 6 (12) : 1425-32.
106. Yeh CK, Handelman B, Fox PC, Baum BJ. Further studies of salivary inhibition of HIV-1 infectivity. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 1992;5(9) :898-903.
107. Cresswell FV, Ellis J, Hartley J, CA Sabin, Orkin C, Churchill DR. A systematic review of risk of HIV transmission through biting or spitting: implications for policy. *Médecine VIH.* 23 avril 2018. Disponible au <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/hiv.12625>
108. Tsoukas C et al. Lack of transmission of HIV through human bites and scratches. *JAIDS* 1988; 1 (5) : 505-7.
109. Richman KM, Richman LS. The potential for transmission of human immunodeficiency virus through human bites. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 1993; 64 :40-46.
110. Shirley LR, Ross SA, Risk of transmission of human immunodeficiency virus by bite of an infected toddler. *Le Journal de Pédiatrie.* Mars 1989 ; 114 (3) : 425-7.
111. Drummond R. Seronegative 18 months after being bitten by a patient with AIDS. *JAMA.* 7 novembre 1986 ; 256 (17) : 2342-3.
112. Romea S, Alkiza ME, Ramon JM, Oromí J. Risk for occupational transmission of HIV infection among health care workers. *European Journal of Epidemiology.* Avril 1995 ; 11 (2) : 225-9.
113. Verrusio AC, Risk of transmission of the human immunodeficiency virus to health care workers exposed to HIV-infected patients: a review, *JADS.* Mars 1989 ; 118 (3) : 339-42.
114. Henderson DK, Fahey BJ, M Willy, Schmitt JM, Carey K, Koziol DE, et al. Risk for Occupational Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1 (HIV-1) Associated with Clinical Exposures: A Prospective Evaluation. *Ann Intern Med.* 15 novembre 1990 ; 113 (10) : 740-746.
115. Tereskerz PM, Bentley M, Jagger J. Risk of HIV-1 infection after human bites. *Lancet.* 30 nov; 1996 ; 348 (9040) : 1512.
116. Sabin CA, Lundgren JD. The natural history of HIV infection. *Current Opinion in HIV and AIDS.* 2013;8(4) :311-317.
117. Okulicz JF, Marconi VC, Landrum ML, Wegner S, Weintrob A, Ganesan A, et al. Clinical Outcomes of Elite Controllers, Viremic Controllers, and Long-Term Nonprogressors in the US Department of Defense HIV Natural History Study. *J Infect Dis.* 1er décembre 2009; 200 (11) : 1714-23.
118. McManus H, O'Connor CC, Boyd M, Broom J, Russell D, Watson K, et al. Long-term survival in HIV positive patients with up to 15 Years of antiretroviral therapy. *PLoS One.* 2012 7 novembre; 7 (11).
119. Lee FJ, Amin J, Carr A. Efficacy of initial antiretroviral therapy for HIV-1 infection in adults: a systematic review and meta-analysis of 114 studies with up to 144 weeks' follow-up. *PLoS One.* 15 mai 2014 ; 9 (5) : e97482.

120. Groupe d'étude INSIGHT START. Initiation of Antiretroviral Therapy in Early Asymptomatic HIV Infection. *N Engl J Med*. 27 août 2015 ; 373 (9) : 795-807.
121. Stephan C, Hill A, Sawyer W, van Delft Y, Moecklinghoff C. Impact of baseline HIV-1 RNA levels on initial highly active antiretroviral therapy outcome: a meta-analysis of 12,370 patients in 21 clinical trials. *HIV Med*. Mai 2013 ; 14 (5) : 284-92.
122. Trickey A, May M, JJ Vehreschild, Obel N, Gill MJ, Crane H, et al. Survival of HIV-positive patients starting antiretroviral therapy between 1996 and 2013: a collaborative analysis of cohort studies. *The Lancet HIV*. 4 août 2017 ; (8) : e349-56.
123. Patterson S, Céscon A, Samji H, Chan K, Zhang W, Raboud J, et al. Life expectancy of HIV-positive individuals on combination antiretroviral therapy in Canada. *BMC Infect Dis*. 2015 juil 17; 15 : 274.
124. Zhu H, S Napravnik, JJ Eron, Cole SR, Ma Y, Wohl DA, et al. Decreasing excess mortality of HIV-infected patients initiating antiretroviral therapy: comparison with mortality in general population in China, 2003-2009. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 15 août 2013 ; 63 (5) : e150-7.
125. Teeraananchai S, Kerr SJ, J Amin, Ruxrungtham K, Law MG. Life expectancy of HIV-positive people after starting combination antiretroviral therapy: a meta-analysis. *HIV Med*. Avril 2017 ; 18 (4) : 256-66.
126. Lohse N, Obel N. Update of Survival for Persons with HIV Infection in Denmark. *Ann Intern Med*. 15 novembre 2016 ; 165 (10) : 749-750.
127. Prix AJ, Glynn J, Chihana M, N Kayuni, Floyd S, Slaymaker E, et al. Sustained 10-year gain in adult life expectancy following antiretroviral therapy roll-out in rural Malawi: Juillet 2005 à juin 2014. *Int J Epidemiol*. 2017;46(2) :479-91.
128. Nsanzimana S, Remera E, S Kanters, Chan K, Ford Forrest, Ford N, et al. Life expectancy among HIV-positive patients in Rwanda: a retrospective observational cohort study. *Lancet Glob Health*. 2015 mars; 3 (3) : e169-77.
129. Johnson LF, J Mossong, RE Dorrington, Schomaker M, CJ Hoffmann, Keizer O, et al. International Epidemiologic Databases to Evaluate AIDS Southern Africa Collaboration. Life expectancies of South African adults starting antiretroviral treatment: collaborative analysis of cohort studies. *PLoS Med*. 9 avril 2013 ; 10 (4) : e1001418.
130. Reniers G, Blom S, Calvert C, Martin-Onraet A, AJ Herbst, Eaton JW, et al. Trends in the burden of HIV mortality after roll-out of antiretroviral therapy in KwaZulu-Natal, South Africa: an observational community cohort study. *Lancet VIH*. Mars 2017 ; 4 (3) : e113-e121.
131. Gueler A, Moser A, Calmy A, Günthard HF, Bernasconi E, Furrer H, et al. Life expectancy in HIV-positive persons in Switzerland: matched comparison with general population. *AIDS*. 28 janvier 2017 ; 31 (3) : 427-36.
132. Teeraananchai S, Chaivooth S, Kerr SJ, Bhakeecheep S, Avihingsanon A, Teeraratkul A, Sirinirund P, Law MG, Ruxrungtham K. Life expectancy after initiation of combination antiretroviral therapy in Thailand. *Antivir Ther*. 5 janv 2017.
133. Asiki G, Reniers G, Newton R, Baisley K, Nakiyingi-Miiri J, Slaymaker E, et al. Adult life expectancy trends in the era of antiretroviral treatment in rural Uganda (1991-2012). *AIDS*. 28 janvier 2016 ; 30 (3) : 487-93.
134. Mai MT, Gompels M, Delpech V, Porter K, Orkin C, Kegg S, et al. Impact on life expectancy of HIV-1 positive individuals of CD4+ cell count and viral load response to antiretroviral therapy. *AIDS*. 15 mai 2014 ; 28 (8) : 1193-202.
135. Samji H, Céscon A, Hogg RS, Modur SP, Althoff KN, Buchacz K, et al. Closing the gap: increases in life expectancy among treated HIV-positive individuals in the United States and Canada. *PLoS One*. 18 décembre 2013 ; 8 (12) : e81355.

136. Siddiqi AE, Hall HI, Hu X, Song R. Population-Based Estimates of Life Expectancy After HIV Diagnosis: États-Unis 2008 - 2011. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 1er juin 2016 ; 72 (2) : 230-6.
137. Marcus JL, CR Chao, Leyden WA, Xu L, Quesenberry CP Jr, Klein DB, et al. Narrowing the Gap in Life Expectancy Between HIV-Infected and HIV-Uninfected Individuals With Access to Care. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 1er sept. 2016 ; 73 (1) : 39-46.
138. Furuya-Kanamori L, Kelly MD, McKenzie SJ. Co-morbidity, ageing and predicted mortality in antiretroviral treated Australian men: a quantitative analysis. *PLoS One.* 25 octobre 2013; 8 (10) : e78403.
139. van Sighem AI, Gras LA, Reiss P, Brinkman K, de Wolf F. Life expectancy of recently diagnosed asymptomatic HIV-infected patients approaches that of uninfected individuals. *AIDS.* 19 Juin 2010 ; 24 (10) : 1527-35.
140. Nglazi M, West S, Dave J, Levitt N, Lambert E. Quality of life in individuals living with HIV/AIDS attending a public sector antiretroviral service in Cape Town, South Africa. *BMC Santé publique.* 3 Juillet 2014 ; 14 : 676.
141. Wandeler G, Johnson LF, Egger M. Trends in life expectancy of HIV-positive adults on antiretroviral therapy across the globe: comparisons with general population. *Curr Opin HIV SIDA.* Septembre 2016; 11 (5) : 492-500.
142. Palella FJ Jr, Baker RK, Moorman AC, Chmiel JS, Wood KC, Brooks JT, et al. Mortality in the highly active antiretroviral therapy era: changing causes of death and disease in the HIV outpatient study. *J Acquir Immune Defic Syndr.* Septembre 2006; 43 (1) : 27-34.
143. Crum NF, RH Riffenburgh, S Wegner, Agan BK, Tasker SA, Spooner KM, et al. Comparisons of causes of death and mortality rates among HIV-infected persons: analysis of the pre-, early, and late HAART (highly active antiretroviral therapy) eras. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 1er février 2006 ; 41 (2) : 194-200.
144. Deeks SG, Phillips AN. HIV infection, antiretroviral treatment, ageing, and non-AIDS related morbidity. *BMJ.* 31 janvier 2009 ; 338 : 288-92.
145. Kojic EM, Wang CC, Cu-Uvin S. (2007). HIV and menopause: a review. *J Womens Health (Larchmt).* Dec. 16 (10) : 1402-11.
146. Manfredi R. HIV disease and advanced age: an increasing therapeutic challenge. *Drugs Aging.* 2002;19(9) :647-69.
147. Manfredi R. HIV infection and advanced age emerging epidemiological, clinical, and management issues. *Ageing Res Rev.* 2004;Jan;3(1):31-54.
148. Serrano-Villar S, F Gutiérrez, Miralles C, J Berenguer, Rivero A, Martínez E, et al. Human Immunodeficiency Virus as a Chronic Disease: Evaluation and Management of Nonacquired Immune Deficiency Syndrome-Defining Conditions. *Open Forum Infect Dis.* 12 mai 2016 ; 3 (2) : ofw097.
149. Narayan KM, Miotti PG, PN Anand, Kline LM, Harmston C, R Gulakowski 3e, et al. HIV and noncommunicable disease comorbidities in the era of antiretroviral therapy: a vital agenda for research in low- and middle-income country settings. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 1er septembre 2014 ; 67 Suppl 1 : S2-7.
150. Bloomfield GS, P Khazanie, Morris A, C Rabadán-Diehl, Benjamin LA, Murdoch D, et al. HIV and noncommunicable cardiovascular and pulmonary diseases in low- and middle-income countries in the ART era: what we know and best directions for future research. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 1er septembre 2014 ; 67 Suppl 1 : S40-53.
151. Helleberg M, Afzal S, Kronborg G, Larsen CS, Pedersen G, Pedersen C, et al. Mortality Attributable to Smoking Among HIV-1-Infected Individuals: A Nationwide, Population-Based Cohort Study. *Clin Infect Dis.* Mars 2013 ;56(5) :727-34.

152. Rodriguez B, Sethi AK, Cheruvu VK, Mackay W, Bosch RJ, Kitahata M, et al. Predictive value of plasma HIV RNA level on rate of CD4 T-cell decline in untreated HIV infection. *Journal de l'American Medical Association*, 27 septembre 2006, 296 (12) : 1498-1506.
153. Bernard E, Azad Y, Delpech V, Geretti AM. VIH Forensics II : Estimating the likelihood of recent HIV infection: Implications for criminal prosecution. National AIDS Trust. Londres. Juillet 2011.
154. Goodenow M, Huet T, Saurin W, Kwok S, Sninsky J, Wain-Hobson S. HIV-1 isolates are rapidly evolving quasispecies: evidence for viral mixtures and preferred nucleotide substitutions. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1989; 2 : 344-352.
155. Abecasis A, Pingarilho M, Vandamme A-M. Phylogenetic analysis as a forensic tool in HIV transmission investigations: a literature review. *AIDS* 2017 26-31 déc. 2017.
156. Romero-Severson E, Skar H, Bulla I, Albert J, Leitner T. Timing and order of transmission events is not directly reflected in a pathogen phylogeny. *Mol Biol Evol* 2014; 31 : 2472-2482.
157. Rambaut A, Posada D, Crandall KA, Holmes CE. The causes and consequences of HIV evolution. *Nat Rev Genet* 2004; 5 : 52-61.
158. Bernard EJ, Azad Y, AM Vandamme, Wait M, Geretti AM. HIV forensics: pitfalls and acceptable standards in the use of phylogenetic analysis as evidence in criminal investigations of HIV transmission. *HIV Med*. Septembre 2007 ; 8 (6) : 382-387.
159. Romero-Severson EO, Bulla I, Leitner T. Phylogenetically resolving epidemiologic linkage. *Proc Natl Acad Sci USA*. 8 mars 2016 ; 113 (10) : 2690-5.
160. Huelsenbeck J, Hillis DM. Success of phylogenetic methods in the four-taxon case. *Syst Biol* 1993; 247-264.
161. Wertheim JO, Sanderson MJ, Worobey M, Bjork A. Relaxed molecular clocks, the bias-variance trade-off, and the quality of phylogenetic inference. *Syst Biol* 2010; 59 : 1-8.
162. González-Candelas F, Bracho MA, Wróbel B, Moya A. Molecular evolution in court: analysis of a large hepatitis C virus outbreak from an evolving source. *BMC Biol* 2013; 11h76.
163. Abecasis AB, Geretti AM, Albert J, Power L, Wait M, Vandamme A-M. Science in court: the myth of HIV fingerprinting. *Lancet Infect Dis*. Fév. 2011 11 (2) : 78-9.
164. Ou CY, CA Ciesielski, G Myers, CI Bandea, Luo CC, Korber BT, et al. Molecular epidemiology of HIV transmission in a dental practice. *Science* 1992; 256 : 1165-1171.
165. Smith TF, Waterman MS. The continuing case of the Florida dentist. *Science* 1992; 256 : 1155-1156.
166. DeBry RW, Abele LG, Weiss SH, Hill MD, Bouzas M, Lorenzo E, et al. Dental HIV transmission? *Nature* 1993; 361 : 691.
167. Lemey P, S Van Dooren, Van Laethem K, Schrooten Y, Derdelinckx I, Goubau P, et al. Molecular testing of multiple HIV-1 transmissions in a criminal case. *AIDS Lond Engl* 2005; 19 : 1649-1658.
168. Goedhals D, Rossouw I, Hallbauer U, Mamabolo M, de Oliveira T. The tainted milk of human kindness. *Lancet Lond Engl* 2012; 380 : 702.
169. Paraschiv S, Banica L, Nicolae I, Niculescu I, Abagiu A, Jipa R, et al. Epidemic dispersion of HIV and HCV in a population of co-infected Romanian injecting drug users. *PLoS One* 2017; 12.

Annexe C : Ressources utiles

Connaissance scientifique relative au VIH

M. Loutfy, M. Tyndall et coll., « Énoncé de consensus canadien sur le VIH et sa transmission dans le contexte du droit criminel », *Journal canadien des maladies infectieuses et de la microbiologie médicale*, 25(3) (2014) : pp. 135-140.

F. Barré-Sinoussi et coll., « Déclaration de consensus d'experts sur la connaissance scientifique relative au VIH dans le contexte du droit pénal, » *Journal of the International AIDS Society* 2018, 21:e25161, https://onlinelibrary.wiley.com/action/downloadSupplement?doi=10.1002/jia2.25161&file=jia225161-sup-0003-Sup_MaterialS3.pdf.

E.J. Bernard et coll., « HIV forensics: pitfalls and acceptable standards in the use of phylogenetic analysis as evidence in criminal investigations of HIV transmission », *HIV Medicine* 2007; 8(6) : 382-387, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1468-1293.2007.00486.x> - en anglais seulement.

E.J. Bernard et coll., *HIV Forensics II: Estimate the likelihood of recent HIV infection – Implications for criminal prosecution* (London: National AIDS Trust, juillet 2011), www.nat.org.uk/publication/hiv-forensics-ii-estimating-likelihood-recent-hiv-infection-implications-criminal - en anglais seulement.

Politiques existantes en matière de poursuites

Procureur général du Canada, Directive au directeur des poursuites pénales, *Gazette du Canada*, partie I, vol. 152, 8 décembre 2018, en ligne à : <https://canadagazette.gc.ca/rp-pr/p1/2018/2018-12-08/html/notice-avis-fra.html#nl4>, également reproduit dans le *Guide* du Service des poursuites pénales du Canada (Partie 5.12 : « Poursuites impliquant la non divulgation de la séropositivité »), <https://www.ppsc-sppc.gc.ca/fra/pub/sfpg-fpsd/sfp-fps/tpd/p5/ch12.html>).

[Ontario] ministère du Procureur général, *Manuel de poursuite de la Couronne – D. 33 : Infractions d'ordre sexuel contre les adultes*, mis à jour le 1^{er} décembre 2017. Disponible à <https://www.ontario.ca/fr/document/manuel-de-poursuite-de-la-couronne/d-no-33-infractions-dordre-sexuel-contre-les-adultes>.

BC Prosecution Service (Service des poursuites de Colombie-britannique), « Sexual Transmission, or Realistic Possibility of Transmission, of HIV », Policy Code SEX-2, en vigueur le 16 avril 2019, en ligne à : <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/law-crime-and-justice/criminal-justice/prosecution-service/crown-counsel-policy-manual/sex-2.pdf> - en anglais seulement.

Rapports et recommandations

Ministère de la Justice du Canada, *Réponse du système de justice pénale à la non-divulgation de la séropositivité*, 1^{er} décembre 2017, <https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/autre-other/vihnd-hivnd/index.html>.

Comité permanent de la justice et des droits de la personne de la Chambre des communes. *La criminalisation de la non-divulgation de la séropositivité au Canada*, <https://www.noscommunes.ca/DocumentViewer/fr/42-1/JUST/rapport-28>.

Orientations à l'échelle internationale

PNUD. *Orientations pour les procureurs sur les affaires pénales liées au VIH (2021)*, https://hivlawcommission.org/wp-content/uploads/2021/09/UNDP_Guidance-for-Prosecutors-on-HIV-related-Criminal-Cases_FR_Final.pdf.

ONUSIDA. *Ending overly broad criminalisation of HIV non-disclosure, exposure and transmission: Critical scientific, medical and legal considerations (2013)*, www.unaids.org/en/resources/documents/2013/20130530_Guidance_Ending_Criminalisation - en anglais seulement.

Commission mondiale sur le VIH et le droit. *Le VIH et le droit : Risques, droit & santé, 2012 et son Supplément (2018)*, en ligne par www.hivlawcommission.org. (Voir les recommandations clés sur le VIH et le droit pénal figurant à l'annexe A).

ONUSIDA et PNUD. *Politique générale : Criminalisation de la transmission du VIH*, https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc1601_policy_brief_criminalization_long_fr.pdf.

Autres ressources

Réseau juridique VIH. *Couverture du risque : Les condoms et la criminalisation du VIH (2021)* <https://www.hivlegalnetwork.ca/site/covering-risk-hiv-criminalization-and-condoms/?lang=fr>.

Réseau juridique VIH. *Les préjudices des registres des délinquants sexuels au Canada parmi les personnes vivant avec le VIH (2021)*, <https://www.hivlegalnetwork.ca/site/harms-of-sex-offender-registries-in-canada-among-people-living-with-hiv/?lang=fr>.

References

- ¹ Comité permanent de la justice et des droits de la personne de la Chambre des communes. *La criminalisation de la non-divulgence de la séropositivité au Canada*, <https://www.noscommunes.ca/DocumentViewer/fr/42-1/JUST/rapport-28>.
- ² Par ex. gouvernement du Canada « Déclaration de la ministre Wilson-Raybould à l'occasion de la Journée mondiale du sida », 1^{er} décembre 2016, ministère de la Justice du Canada, *Réponse du système de justice pénale à la non-divulgence de la séropositivité* (2017); Comité permanent de la justice et des droits de la personne de la Chambre des communes, *La criminalisation de la non-divulgence de la séropositivité au Canada* (juin 2019); Comité des Nations Unies pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, *Observations finales concernant les huitième et neuvième rapports périodiques combinés du Canada*, document des NU. CEDAW/C/CAN/CO/8-9, 18 novembre 2016; M. Loutfy, M. Tyndall et coll., « *Énoncé de consensus canadien sur le VIH et sa transmission dans le contexte du droit criminel* », *Journal canadien des maladies infectieuses et de la microbiologie médicale*, 2014; 25(3) : 135–140; Coalition canadienne pour réformer la criminalisation du VIH, *Déclaration de consensus communautaire pour cesser la criminalisation injuste du VIH*, Fonds d'action et d'éducation juridique pour les femmes, *Une approche féministe de la réforme de la loi sur la non-divulgence du VIH*, janvier 2019.
- ³ *Principes directeurs applicables au rôle des magistrats du parquet*, adoptés par le huitième Congrès des Nations Unies pour la prévention du crime et le traitement des délinquants (1990), www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/RoleOfProsecutors.aspx; Association internationale des procureurs et poursuivants, *Normes de responsabilité professionnelle et déclaration des droits et devoirs essentiels des procureurs* (1999), [https://www.iap-association.org/getattachment/Resourc-Documentation/IAP-Standards-\(1\)/French.pdf.aspx](https://www.iap-association.org/getattachment/Resourc-Documentation/IAP-Standards-(1)/French.pdf.aspx) [« Normes de l'AIP »]; l'ONUSD et l'Association internationale des procureurs, *The Status and Role of Prosecutors* (2014), disponible en anglais seulement à www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/14-07304_ebook.pdf.
- ⁴ Power L, *Understanding Criminal Prosecutions for Sexual Transmission of Infection : A report on charges of grievous bodily harm via sexual transmission of infection handled by the Crown Prosecution Service in England and Wales between 2008-2012, their management and outcomes* (London: Terrence Higgins Trust, undated) (Londres : Terrence Higgins Trust, sans date), disponible en anglais seulement à www.tht.org.uk/hiv-and-sexual-health/living-well-hiv/legal-issues/views-prosecutions. Il semble qu'il s'agit du seul rapport publié à ce jour qui tente d'évaluer de façon systématique l'impact des directives officielles des procureurs sur le déroulement des poursuites pénales liées au VIH. D'autres preuves circonstanciées au Canada confirment que l'établissement d'une politique claire peut réduire le nombre de poursuites dont le fondement scientifique est insuffisant ou qui, pour d'autres raisons, ne méritent pas d'être engagées.
- ⁵ Comité permanent de la justice et des droits de la personne de la Chambre des communes, p. 24.
- ⁶ Ibid., p. 25.
- ⁷ PNUD, *Orientations pour les procureurs sur les affaires pénales liées au VIH* (2021).
- ⁸ Cela inclut les recommandations précises formulées précédemment par le Comité consultatif ontarien de lutte contre le VIH et le sida (CCOLVS) : *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), en anglais seulement, <http://clhe.ca/owg-criminal-law-hiv-exposure/wp-content/uploads/2018/04/CHLE-guidelines-report.pdf>; CHLE, *Ending Overcriminalization of People Living with HIV in Ontario*, document d'information en anglais seulement pour la table ronde ministérielle du 12 avril 2018; et Réseau juridique canadien VIH/sida, *Ending Unjust HIV Prosecutions in British Columbia: Modernizing prosecutorial policy – Submission to the Attorney General of British Columbia* (janvier 2019), en anglais seulement, <https://www.hivlegalnetwork.ca/site/ending-unjust-hiv-prosecutions-in-british-columbia/?lang=en>.
- ⁹ ONUSIDA, *Ending overly broad criminalisation of HIV non-disclosure, exposure and transmission: Critical scientific, medical and legal considerations* (2013) disponible en anglais seulement ; Commission mondiale sur le VIH et le droit, *Risques, droit & santé* (2012) et son Supplément (2018), en ligne par <https://www.undp.org/fr/publications/le-vih-et-le-droit-risques-droit-et-sante>; ONUSIDA et PNUD, *Politique générale : Criminalisation de la transmission du VIH* (2008); PNUD, *Orientations pour les procureurs sur les affaires pénales liées au VIH* (2021).
- ¹⁰ F. Barré-Sinoussi et coll., « Déclaration de consensus d'experts sur la connaissance scientifique relative au VIH dans le contexte du droit pénal », *Journal of the International AIDS Society* 2018, 21:e25161, https://onlinelibrary.wiley.com/action/downloadSupplement?doi=10.1002/jia2.25161&file=jia225161-sup-0003-Sup_MaterialS3.pdf.
- ¹¹ C. Hastings et coll. *La criminalisation du VIH au Canada : Tendances clés et particularités, 1989-2020* (Réseau juridique VIH, 2022).

- ¹² En 2018, la Cour d'appel de la Nouvelle-Écosse a confirmé qu'un préjudice psychologique résultant de la non-divulgence par un ou une partenaire (p. ex., un stress émotionnel) ne suffit pas à lui seul à entraîner l'application du droit criminel en l'absence de possibilité réaliste de transmission : *R v Thompson*, 2018 NSCA 13.
- ¹³ *R. c. Mabior*, 2012 CSC 47 (par. 95)
- ¹⁴ Il existe peu de cas où les tribunaux ont envisagé d'engager la responsabilité pénale d'une personne ayant eu un rapport sexuel oral sans divulgation du VIH. Néanmoins, deux cas connus ont permis de confirmer que, indépendamment de l'utilisation du préservatif ou de la charge virale, le risque de transmission n'est pas suffisamment important pour justifier des poursuites ou une condamnation : *R. c. Edwards*, 2001 NSSC 80; *R. c. Murphy*, 2013 CanLII 54139 (ON SC). Ces décisions concordent avec le consensus scientifique selon lequel la possibilité de transmission par les actes de sexe oral va de négligeable (dans des circonstances très inhabituelles et extrêmes) à nulle : Barré-Sinoussi et al., supra, note 10; Loutfy et coll., supra, note 2. Elles sont également conformes aux énoncés de la directive fédérale au SPPC et de la politique du BCPS, à savoir les services des poursuites de Colombie-Britannique, qui suggèrent qu'il est peu probable que les actes de sexe oral justifient des poursuites.
- ¹⁵ Par ex. *R. c. F.*, 2013 ONCA 415 [Jugement en anglais uniquement.]; *R. c. Mekonnen*, 2013 ONCA 414 [Jugement en anglais uniquement.] Voir aussi *R. c. NG*, 2020 ONCA 494, dans lequel le même tribunal a signalé qu'il arriverait probablement à la conclusion contraire si cette question était soumise à son attention dans le cadre d'une autre affaire.
- ¹⁶ F. Barré-Sinoussi et al., supra note 10.
- ¹⁷ La campagne d'accès à la prévention, « Indétectable = Intransmissible » est disponible en anglais seulement à www.preventionaccess.org/.
- ¹⁸ La déclaration au nom du Conseil des médecins hygiénistes en chef, du 30 novembre 2017, est disponible à www.canada.ca/fr/sante-publique/nouvelles/2017/11/declaration_au_nomduconseildesmedecinshygienistesenchef.html.
- ¹⁹ Agence de la santé publique du Canada, « À l'occasion de la Journée mondiale du sida, la ministre de la Santé du Canada appelle à l'élimination de la stigmatisation », 1^{er} décembre 2018, <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/nouvelles/2018/11/a-loccasion-de-la-journee-mondiale-du-sida-la-ministre-de-la-sante-du-canada-appelle-a-lelimination-de-la-stigmatisation.html>.
- ²⁰ La définition d'une charge virale « supprimée » correspondant à moins de 200 copies de VIH par ml de sang provient du rapport du ministère de la Justice du Canada publié en 2017 intitulé *Réponse du système de justice pénale à la non-divulgence de la séropositivité*, qui fait référence à une étude scientifique de 2017 de l'Agence de santé publique du Canada. Dans l'arrêt *Mabior*, à la lumière des preuves scientifiques examinées, la CSC a qualifié de « faible » une charge virale inférieure à 1500 copies/ml.
- ²¹ Arrêt *Cuerrier*, au para 129 (per Cory J. for the majority) [soulignement ajouté par nos soins].
- ²² Par ex. voir : *R. c. Edwards*, 2001 NSSC 80 aux para 14-15, 17, 19 22 (La Couronne avait la charge de prouver hors de tout doute raisonnable que le comportement de l'accusé avait créé un « risque important », c'est-à-dire, en l'espèce, « une relation sexuelle anale non protégée » avec le plaignant.); *R. c. Agnatuk-Mercier*, O.J. 4729 (QL) No. 4729 (Ont. S.C.J.) (QL) aux para 6-7 (des préservatifs ont été utilisés pour les relations sexuelles vaginales en cause; le juge de première instance a noté que « les deux avocats conviennent que, pour que la cour condamne l'accusé, il doit être établi par la Couronne au-delà de tout doute raisonnable que des relations sexuelles non protégées avec l'accusé ont eu lieu entre les parties tel qu'allégué »); *R. c. Nduwayo*, 2006 BCSC 1972 aux para 7-8 (le juge a informé le jury que l'accusé n'avait l'obligation juridique de révéler sa séropositivité à son partenaire sexuel qu'en cas de rapports sexuels non protégés, et qu'il n'avait aucune obligation légale de révéler sa séropositivité s'il utilisait des préservatifs en permanence); *R. c. Smith*, [2007] S.J. 166 (Sask. P.C.) (QL) au para 59 (le juge de première instance s'est rappelé qu'il devait être convaincu hors de tout doute raisonnable que les rapports sexuels étaient non protégés pour condamner l'accusé en relation avec la non-divulgence du VIH).
- ²³ Par exemple, dans l'affaire *New Zealand Police v. Dalley*, [2005] 22 CRNZ 495, le tribunal, après avoir examiné les preuves concernant le risque de transmission, a acquitté un homme vivant avec le VIH des accusations de « nuisance criminelle » liées à des rapports sexuels oraux sans préservatif et des rapports sexuels vaginaux avec préservatif : aux para 46-48.
- ²⁴ *Mabior*, aux para. 70-71 [soulignement ajouté par nos soins].
- ²⁵ Ministère de la Justice du Canada, *Réponse du système de justice pénale à la non-divulgence de la séropositivité*, 1^{er} décembre 2017, <https://www.justice.gc.ca/fr/pr-rp/autre-other/vihnd-hivnd/index.html>.
- ²⁶ Procureur général du Canada, Directive au directeur des poursuites pénales, *Gazette du Canada*, partie I, vol. 152, 8 décembre 2018, en ligne : <https://canadagazette.gc.ca/rp-pr/p1/2018/2018-12-08/html/notice-avis-fra.html#nl4>.

- ²⁷ Comité permanent de la justice et des droits de la personne de la Chambre des communes. *La criminalisation de la non-divulgence de la séropositivité* (juin 2019), <https://www.noscommunes.ca/DocumentViewer/fr/42-1/JUST/rapport-28>.
- ²⁸ P. Sweeney et coll., « Association of HIV diagnosis rates and laws criminalizing HIV exposure in the United States », *AIDS* 2017, 31: 1483–1488 - en anglais seulement; S. Burris et coll., « Les lois pénales influencent-elles les comportements à risque d'infection par le VIH? Une étude empirique », (2007) 39 *Ariz. St. L.J.* 467; Z. Lazzarini et coll., « Evaluating the Impact of Criminal Laws on HIV Risk Behavior », *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 30 (2002): 239–253 - en anglais seulement; K.J. Horvath et coll., « Men Who have Sex with Men Who Believe that Their State has a HIV Criminal Law Report Higher Condomless Anal Sex than Those Who are Unsure of the Law in Their State », *AIDS Behav* 2017; 21(1): 51-58, doi: 10.1007/s10461-016-1286-0 - en anglais seulement.
- ²⁹ P. O'Byrne et coll., « HIV criminal prosecutions and public health: an examination of the empirical research », *Medical Humanities* 2013; 39(2): 85, doi: <http://dx.doi.org/10.1136/medhum-2013-010366> en anglais seulement; P. O'Byrne et coll., « 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 », *BMC Public Health* 2013; 13: 94, <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/94> - en anglais seulement.
- ³⁰ E. Mykhalovskiy, « The public health implications of HIV criminalization: past, current, and future research directions », *Critical Public Health* 25,4 (2015), pp. 373–385 - en anglais seulement; C.L. Galletly & S.D. Pinkerton, « Conflicting Messages: How Criminal HIV Disclosure Laws Undermine Public Health Efforts to Control the Spread of HIV », *AIDS Behav* (2006) 10:451–46, doi: 10.1007/s10461-006-9117-3 - en anglais seulement.
- ³¹ Edwin Cameron (juge, membre de la Cour constitutionnelle d'Afrique du Sud), « Stigma and the Role of Courts: The Disquieting Case of AIDS », Conférence de l'honorable juge Michael O'Byrne sur le droit, la médecine et l'éthique, Université de Calgary, École de médecine Cumming, 20 mars 2018, en ligne en anglais seulement à : <http://www.seroproject.com/wp-content/uploads/2018/04/OByrne-Lecture-Calgary-Stigma-and-the-Role-of-Courts-Tuesday-20-March-2018.pdf>
- ³² B. Adam et coll., « HIV Positive People's Perspectives on Canadian Criminal Law and Non-Disclosure », (2016) 31(1) *Canadian Journal of Law and Society* 1-23, DOI: 10.1017/cls.2016.3 - en anglais seulement; B. Adam et coll., « Impacts of Criminalization on the Everyday Lives of People Living with HIV in Canada », *Sex Res Soc Policy* 2014 11:39–49, DOI 10.1007/s13178-013-0131-8 - en anglais seulement; L. Sprague & S. Strub, « The Sero Project: National criminalization survey—preliminary results », 25 juillet 2011 - en anglais seulement; C.L. Galletly et J. Dickson-Gomez, « HIV seropositive status disclosure to prospective sex partners and criminal laws that require it: perspectives of persons living with HIV », *International Journal of STD & AIDS* 2009; 20(9): 613-618, <https://doi.org/10.1258/ijasa.2008.008417> - en anglais seulement; C. Dodds et P. Keogh, « Criminal prosecutions for HIV transmission: people living with HIV respond », *Int J STD AIDS* 2006; 17: 315–8 - en anglais seulement.
- ³³ P. O'Byrne et coll., « Nondisclosure Prosecutions and HIV Prevention: Results From an Ottawa-Based Gay Men's Sex Survey », *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 2013; 24(1): 81-87 - en anglais seulement; P. Byrne et coll., « Sexual practices and STI/HIV testing among gay, bisexual, and men who have sex with men in Ottawa, Canada: examining nondisclosure prosecutions and HIV prevention », *Critical Public Health* 2013; 23:2: 225-236, DOI: 10.1080/09581596.2012.752070 - en anglais seulement; P. O'Byrne et coll., 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. *BMC Public Health* 2013;13:94 - en anglais seulement. Une étude de modélisation fondée sur les données de l'Ontario porte à croire que la crainte des poursuites pour non-divulgence du VIH des répondants hommes homosexuels (non diagnostiqués) « est susceptible d'augmenter de manière significative la transmission communautaire du VIH, ce qui a des répercussions importantes en matière de santé publique » : M.A. Kesler et coll., « Prosecution of non-disclosure of HIV status: Potential impact on HIV testing and transmission among HIV-negative men who have sex with men », *PLoS One* 2018; 13(2): e0193269 - en anglais seulement.
- ³⁴ S.E. Patterson et coll., « The impact of criminalization of HIV non-disclosure on the health care engagement of women living with HIV in Canada: a comprehensive review of the evidence », *Journal of the International AIDS Society* 18, 1 (2015): 20572 - en anglais seulement; P. O'Byrne, « Criminal Law and Public Health Practice: Are the Canadian HIV Disclosure Laws an Effective HIV Prevention Strategy? », *Sex Res Soc Policy* (2012) 9: 70 - en anglais seulement; C. Sanders, « Discussing the Limits of Confidentiality: The Impact of Criminalizing HIV Nondisclosure on Public Health Nurses' Counseling Practices », *Public Health Ethics* 2014; 7(3): 253-260 - en anglais seulement; C. Dodds et coll., « Keeping confidence: HIV and the criminal law from HIV service providers' perspectives », *Crit Public Health* 2015; 25(4): 410–426 - en anglais seulement; E. Mykhalovskiy, « The problem of 'significant risk': Exploring the public health impact of criminalizing HIV non-disclosure », *Social Science & Medicine* 2011; 73: 668-675 - en anglais seulement.
- ³⁵ Organisation mondiale de la santé, Violence against women: Intimate partner and sexual violence against women –Evidence brief (2019), <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/vaw-evidence-brief/en/> - en anglais seulement; Marshall KJ et coll., « Interventions that address intimate partner violence and HIV among women: a systematic review », *AIDS Behav.* 2018 ; 22(10) : 3244-3263, doi : 10.1007/s10461-017-2020-2. 2018; 22(10): 3244-3263 - en anglais seulement.

- ³⁶ Fonds d'action et d'éducation juridique pour les femmes, *A Feminist Approach to Law Reform on HIV Non-Disclosure*, janvier 2019 - en anglais seulement; Réseau ATHENA Network, *10 raisons pour lesquelles la criminalisation de l'exposition ou la transmission du VIH endommage les femmes* (2009), disponible à http://steppingstonesfeedback.org/wp-content/uploads/2016/10/SS_ATHENA_10raisons_2009.pdf; Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH (ICW), *Position Statement: Criminalisation of Women Living with HIV: Non-disclosure, Exposure and Transmission* (2015), <https://www.scribd.com/document/267526864/ICW-Position-Statement-2015-CRIMINALIZATION-OF-WOMEN-LIVING-WITH-HIV-NON-DIS-CLOSURE-EXPOSURE-AND-TRANSMISSION> - en anglais seulement.
- ³⁷ Voir par ex., S. Green et coll., « How women living with HIV react and respond to learning about Canadian law that criminalises HIV non-disclosure: 'How do you prove that you told?' » *Culture, Health & Sexuality* (2019) - en anglais seulement.
- ³⁸ S.E. Patterson et coll., « The impact of criminalization of HIV non-disclosure on the health care engagement of women living with HIV in Canada: a comprehensive review of the evidence », *Journal of the International AIDS Society* 2015; 18: 20572, <http://dx.doi.org/10.7448/IAS.18.1.20572> - en anglais seulement.
- ³⁹ Par ex. C. Hastings et coll., *La criminalisation du VIH au Canada : Tendances clés et particularités, 1989-2020* (Réseau juridique VIH, 2022); Comité permanent de la justice et des droits de la personne de la Chambre des communes, *La criminalisation de la non-divulgence de la séropositivité au Canada* <https://www.noscommunes.ca/Content/Committee/421/JUST/Reports/RP10568820/justrp28/justrp28-f.pdf>; Ministère de la Justice du Canada, *Réponse du système de justice pénale à la non-divulgence de la séropositivité*, 1^{er} décembre 2017, <https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/autre-other/vihnd-hivnd/index.htm>.
- ⁴⁰ Par ex. E. Mykhalovskiy et coll., « Callous, Cold and Deliberately Duplicitous': Racialization, Immigration and the Representation of HIV Criminalization in Canadian Mainstream Newspapers, » (22 novembre 2016), <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2874409> - en anglais seulement.
- ⁴¹ Déclaration du gouvernement du Canada : « Déclaration de la ministre Wilson-Raybould à l'occasion de la Journée mondiale du sida », 1^{er} décembre 2016, en ligne : <https://www.canada.ca/fr/ministere-justice/nouvelles/2016/12/declaration-ministre-wilson-raybould-occasion-journee-mondiale-sida.html>.
- ⁴² Ministère de la Justice du Canada, *Réponse du système de justice pénale à la non-divulgence de la séropositivité*, 1^{er} décembre 2017, en ligne : <https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/autre-other/vihnd-hivnd/index.html>.
- ⁴³ Procureur général du Canada, Directive au directeur des poursuites pénales, *Gazette du Canada*, partie I, vol. 152, 8 décembre 2018, en ligne : <https://canadagazette.gc.ca/rp-pr/p1/2018/2018-12-08/html/notice-avis-fra.html#n14>.
- ⁴⁴ Procureur général de l'Ontario et ministre de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, *Déclaration à l'occasion de la Journée mondiale du sida 2017*, 1^{er} décembre 2017, <http://clhe.ca/wp-content/uploads/Ontario-AG-and-MOHLTC-WorldAIDSDay2017statement.pdf>.
- ⁴⁵ [Ontario] ministère du Procureur général, *Manuel de poursuite de la Couronne – D. no 33: Infractions d'ordre sexuel contre les adultes*, mis à jour le 1^{er} décembre 2017. Disponible à <https://www.ontario.ca/fr/document/manuel-de-poursuite-de-la-couronne/d-no-33-infractions-dordre-sexuel-contre-les-adultes>.
- ⁴⁶ BC Prosecution Service, « Sexual Transmission, or Realistic Possibility of Transmission, of HIV », en vigueur au 16 avril 2019, en ligne à : <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/law-crime-and-justice/criminal-justice/prosecution-service/crown-counsel-policy-manual/sex-2.pdf>.
- ⁴⁷ La politique ajoute que, selon l'arrêt *Mabior*, 2012 CSC 47 (au para. 100), la « charge virale faible » se définit comme étant inférieure à 1 500 copies du virus par millilitre de sang.
- ⁴⁸ Lettre d'Eric Tolppanen, sous-ministre adjoint, Division du service des poursuites de la Couronne de l'Alberta, ministère de la Justice et du Solliciteur général de l'Alberta, adressée à Richard Elliott, directeur général du Réseau juridique canadien VIH/sida, 18 janvier 2019, consignée dans les dossiers de l'organisme.
- ⁴⁹ Lettre d'Annick Murphy, directrice des poursuites criminelles et pénales (DPCP), à Léa Pelletier-Marcotte, coordonnatrice du programme Droits de la personne et VIH/SIDA, Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-sida), 17 septembre 2019, consignée dans les dossiers de l'organisme [traduction non-officielle.]
- ⁵⁰ Le programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) a publié *Orientations pour les procureurs sur les affaires pénales liées au VIH* (2021), https://hivlawcommission.org/wp-content/uploads/2021/09/UNDP_Guidance-for-Prosecutors-on-HIV-related-Criminal-Cases_FR_Final.pdf.



1240, rue Bay, bureau 600, Toronto (Ontario) M5R 2A7
| Téléphone : +1 416 595-1666 • Télécopieur : +1 416 595-0094

www.hivlegalnetwork.ca