

Dossiers n^{os} 34094 et 33976

COUR SUPRÊME DU CANADA
(EN APPEL D'UN JUGEMENT DE LA COUR D'APPEL DU QUÉBEC)

Dossier n^o 34094

ENTRE :

SA MAJESTÉ LA REINE

APPELANTE

(Intimée en Cour d'appel)

- et -

D.C.

INTIMÉE

(Appelante en Cour d'appel)

- et -

**RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA, HIV & AIDS LEGAL
CLINIC ONTARIO, COALITION DES ORGANISMES COMMU-
NAUTAIRES QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE SIDA, POSITIVE
LIVING SOCIETY OF BRITISH COLUMBIA, SOCIÉTÉ CANADIENNE
DU SIDA, TORONTO PEOPLE WITH AIDS FOUNDATION**

et

**BLACK COALITION FOR AIDS PREVENTION,
CANADIAN ABORIGINAL AIDS NETWORK**

et

CRIMINAL LAWYERS' ASSOCIATION OF ONTARIO

et

BRITISH COLUMBIA CIVIL LIBERTIES ASSOCIATION

et

ASSOCIATION DES AVOCATS DE LA DÉFENSE DE MONTRÉAL

et

L'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

et

PROCUREUR GÉNÉRAL DE L'ALBERTA

INTERVENANTS

(suite de l'intitulé et coordonnées des procureurs en pages intérieures)

**MÉMOIRE DE L'INTERVENANT INSTITUT NATIONAL DE
SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC**

(EN APPEL D'UN JUGEMENT DE LA COUR D'APPEL DU MANITOBA)

Dossier n° 33976

ENTRE :

SA MAJESTÉ LA REINE

APPELANTE
(Intimée en Cour d'appel)

- et -

CLATO LUAL MABIOR

INTIMÉ
(Appelant en Cour d'appel)

- et -

**RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA, HIV & AIDS LEGAL
CLINIC ONTARIO, COALITION DES ORGANISMES COMMU-
NAUTAIRES QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE SIDA, POSITIVE
LIVING SOCIETY OF BRITISH COLUMBIA, SOCIÉTÉ CANADIENNE
DU SIDA, TORONTO PEOPLE WITH AIDS FOUNDATION**

et

**BLACK COALITION FOR AIDS PREVENTION,
RÉSEAU CANADIEN AUTOCHTONE DU SIDA**

et

BRITISH COLUMBIA CIVIL LIBERTIES ASSOCIATION

et

CRIMINAL LAWYERS' ASSOCIATION OF ONTARIO

et

ASSOCIATION DES AVOCATS DE LA DÉFENSE DE MONTRÉAL

et

L'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

INTERVENANTS

M^e Magalie Cimon
M^e Caroline Fontaine
Directeur des poursuites criminelles
et pénales du Québec
Bureau RC-07
1111, boul. Jacques-Cartier Est
Longueuil (Québec)
J4M 2J6

Tél. : (450) 646-4012
Télé. : (450) 928-7486
magalie.cimon@dpcp.gouv.qc.ca

**Procureures de l'appelante
(pourvoi D.C.)**

M^e Christian Desrosiers
Desrosiers, Joncas, Massicotte
Bureau 503
480, boul. Saint-Laurent
Montréal (Québec)
H2Y 3Y7

Tél : (514) 397-9284
Télé. : (514) 397-9922
cdesrosier@qc.aira.com

**Procureur de l'intimée
(pourvoi D.C.)**

M^e Jonathan Shime
M^e Corie Langdon
M^e Richard Elliot
Cooper Sandler LLP
Bureau 1900
438 University Avenue
Toronto (Ontario)
M5G 1Y8

Tél : (416) 585-9191
Télé. : (416) 408-2372
jshime@criminal-lawyers.ca

Procureurs des intervenants (Canadian HIV/AIDS Legal Network, HIV & AIDS Legal Clinic Ontario, Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le SIDA, Positive Living Society of British Columbia, Canadian AIDS Society, Toronto People With AIDS Foundation, Black Coalition For AIDS Prevention, Canadian Aboriginal AIDS Network)

M^e Jean Campeau
Directeur des poursuites criminelles
et pénales du Québec
Bureau 1.230
17, rue Laurier
Gatineau (Québec)
J8X 4C1

Tél. : (819) 776-8111 poste 60416
Télé. : (819) 772-3986
jean.campeau@dpcp.gouv.qc.ca

**Correspondant de l'appelante
(pourvoi D.C.)**

M^e Richard Gaudreau
Bergeron, Gaudreau
167, rue Notre-Dame de l'Île
Gatineau (Québec)
J8X 3T3

Tél. : (819) 770-7928
Télé. : (819) 770-1424
bergeron.gaudreau@qc.aira.com

**Correspondant de l'intimée
(pourvoi D.C.)**

M^e Eugene Meehan, c.r.
Supreme Advocacy LLP
Bureau 100
397, avenue Gladstone
Ottawa (Ontario)
K2P 0Y9

Tél : (613) 695-8855
Télé. : (613) 695-8580
emeehan@supremeadvocacy.ca

Correspondant des intervenants (Canadian HIV/AIDS Legal Network, HIV & AIDS Legal Clinic Ontario, Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le SIDA, Positive Living Society of British Columbia, Canadian AIDS Society, Toronto People With AIDS Foundation, Black Coalition For AIDS Prevention, Canadian Aboriginal AIDS Network)

M^e P. Andras Schreck
M^e Candice Suter
Schreck Presser s.e.n.c.r.l.
5 étage
6, rue Adelaide Est
Toronto (Ontario)
M5C 1H6

Tél : (416) 977-6268 poste 1
Télé. : (416) 977-8513
schreck@schreckpresser.com

**Procureurs de l'intervenante (Criminal
Lawyers' Association of Ontario)**

M^e Michael A. Feder
M^e Angela M. Juba
McCarthy Tétrault s.e.n.c.r.l.
Bureau 1300
777, rue Dunsmuir
Vancouver (Colombie-Britannique)
V7Y 1K2

Tél : (604) 643-5983
Télé. : (604) 622-5614
mfeder@mccarthy.ca

**Procureurs de l'intervenante
(British Columbia Civil Liberties
Association)**

M^e François Dadour
Poupart, Dadour, Touma et associés
Bureau 1700
507, Place D'Armes
Montréal (Québec)
H2Y 2W8

Tél : (514) 526-0861
Télé. : (514) 526-9646
fdadour@aei.ca

**Procureur de l'intervenante (Association
des avocats de la défense de Montréal)**

M^e Brian A. Crane, c.r.
Gowling Lafleur Henderson s.e.n.c.r.l.
Bureau 2600
160, rue Elgin
Ottawa (Ontario)
K1P 1C3

Tél : (613) 233-1781
Télé. : (613) 563-9869
brian.crane@gowlings.com

**Correspondant de l'intervenante
(Criminal Lawyers' Association of
Ontario)**

M^e James Michael Wishart
Fraser Milner Casgrain s.e.n.c.r.l.
1420-99 Bank Street
Ottawa (Ontario)
K1P 1H4

Tél : (613) 783-9651
Télé. : (613) 783-9690
james.wishart@fmc-law.com

**Correspondant de l'intervenante
(British Columbia Civil Liberties
Association)**

M^e Pierre Landry
Noël et Associés
111, rue Champlain
Gatineau (Québec)
J8X 3R1

Tél : (819) 771-7393
Télé. : (819) 771-5397
p.landry@noelassocies.com

**Correspondant de l'intervenante
(Association des avocats de la défense de
Montréal)**

M^e Lucie Joncas
Bureau 503
480, boul. Saint-Laurent
Montréal (Québec)
H2Y 3Y7

Tél : (514) 397-9284
Télec. : (514) 397-9922
lucie.joncas@videotron.ca

**Procureure de l'intervenant
(L'Institut national de santé publique
du Québec)**

M^e Christine Rideout
Attorney General of Alberta
Centrium Place, Bureau 300
332 6^e avenue S.O.
Calgary (Alberta)
T2P 0B2

Tél : (403) 297-6005
Télec : (403) 297-3453

**Procureure de l'intervenant
(Procureur général de l'Alberta)**

M^e Elizabeth Thomson
M^e Ami Kotler
Procureur général du Canada
510-405 Broadway
Winnipeg (Manitoba)
R3C 3L6

Tél : (204) 945-7221
Télec. : (204) 956-4146

**Procureure de l'appelante
(pourvoir *Mabior*)**

M^e Richard Gaudreau
Bergeron, Gaudreau
167, rue Notre Dame de l'Île
Gatineau(Québec)
J8X 3T3

Tél : (819) 770-7928
Télec : (819) 770-1424
bergeron.gaudreau@qc.aira.com

**Correspondant de l'intervenant
(L'Institut national de santé publique
du Québec)**

M^e Henry S. Brown, c.r.
Gowling Lafleur Henderson s.e.n.c.r.l.
Bureau 2600
160, rue Elgin
Ottawa (Ontario)
K1P 1C3

Tél : (613) 233-1781
Télec : (613) 788-3433
henry.brown@gowlings.com

**Correspondant de l'intervenant
(Procureur général de l'Alberta)**

M^e Henry S. Brown, c.r.
Gowling Lafleur Henderson s.e.n.c.r.l.
Bureau 2600
160, rue Elgin
Ottawa (Ontario)
K1P 1C3

Tél : (613) 233-1781
Télec : (613) 788-3433
henry.brown@gowlings.com

**Correspondant de l'appelant
(pourvoir *Mabior*)**

M^e Amanda Sansregret
Legal Aid Manitoba
300-294 Portage Avenue
Winnipeg (Manitoba)
R3C 0B9

Tél : (204) 985-9813
Télé : (204) 956-4146
amsan@legalaid.mb.ca

Procureure de l'intimé
(pourvoi *Mabior*)

M^e Eugene Meehan, c.r.
Supreme Advocacy LLP
Bureau 100
397, avenue Gladstone
Ottawa (Ontario)
K2P 0Y9

Tél : (613) 695-8855
Télé : (613) 695-8580
emeehan@supremeadvocacy.ca

Correspondant de l'intimé
(pourvoi *Mabior*)

TABLE DES MATIÈRES

i)

Description des documents **Page**

MÉMOIRE DE L'INTERVENANT INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

PARTIE I – EXPOSÉ CONCIS DES FAITS	1
PARTIE II – EXPOSÉ CONCIS DES ARGUMENTS	1
PARTIE III – ARGUMENTATION	2
A) Quels sont les moyens efficaces pour contrer l'épidémie du VIH?	2
i) Le dépistage	2
ii) L'intervention préventive auprès des PVVIH	2
iii) Le port du condom	3
iv) Les traitements	3
v) L'évaluation du risque et le soutien pour éviter la transmission	4
B) Quel est l'impact de la criminalisation sur les mesures de lutte contre l'épidémie?	5
i) L'impact négatif sur le dépistage du VIH	5
ii) L'impact négatif sur la divulgation du statut sérologique au partenaire	7
C) Quel est l'impact de la criminalisation sur l'accès aux soins et services de santé?	8
i) L'impact négatif sur les professionnels de la santé publique et leur travail.	8
ii) L'impact négatif de la criminalisation sur le lien de confiance entre le patient et le professionnel de santé	9

TABLE DES MATIÈRES

ii)

Description des documents	Page
PARTIE IV – ARGUMENTS SUR LES DÉPENS	10
PARTIE V – CONCLUSION	10
PARTIE VI – TABLE ALPHABÉTIQUE DES SOURCES	11

MÉMOIRE DE L'INTERVENANT
L'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ)

PARTIE I – EXPOSÉ CONCIS DES FAITS

1. L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) s'en remet aux faits tels qu'énoncés par les parties;

PARTIE II – EXPOSÉ CONCIS DES ARGUMENTS

2. L'INSPQ estime que la « *surcriminalisation* », soit la criminalisation indistincte de toute non-divulgaration du statut de séropositivité alors que le risque de transmission est grandement diminué, par les traitements antirétroviraux ou le port du condom, soulève d'importants enjeux en santé publique et mine les efforts déployés par les professionnels de la santé afin de limiter la propagation du virus.

3. En ce sens, l'INSPQ soutient que la « *surcriminalisation* » aura des effets négatifs considérables quant à :

- la prévention du VIH et des autres ITSS (infections transmises sexuellement ou par le sang), et plus précisément, quant au dépistage et à la divulgation du statut sérologique;
- la relation de confiance entre les cliniciens/intervenants et les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ainsi que les personnes qui sont vulnérables à cette infection;

4. Il existe plusieurs mesures reconnues comme étant efficaces pour contrer l'épidémie du VIH : le dépistage et le diagnostic précoce, l'intervention préventive auprès des PVVIH, le port du condom, les traitements antirétroviraux ainsi que l'évaluation du risque et le soutien professionnel pour éviter la transmission;

5. Considérant cela, la « *surcriminalisation* » découragera des personnes qui ignorent leur statut sérologique, bien qu'ils aient parfois des comportements à risque, à :

- consulter des professionnels de la santé;
- avoir recours au dépistage afin de connaître leur statut;

- dévoiler leur statut sérologique à leurs partenaires (en cas de séropositivité)

6. D'une perspective de santé publique, l'INSPQ s'inquiète du fait que l'État peut criminaliser des individus qui ont un comportement responsable en se faisant dépister, traiter et en ayant des relations sexuelles qui ne comportent pas de risque important de transmission;

PARTIE III – ARGUMENTATION

A) Quels sont les moyens efficaces pour contrer l'épidémie du VIH?

i) Le dépistage

7. Les plus récentes études scientifiques démontrent que plus tôt l'infection est détectée et traitée, plus rapidement la charge virale sera contrôlée et maintenue à des niveaux indétectables (niveau sous le seuil de sensibilité des tests les plus performants)¹;

8. De plus, les PVVIH qui connaissent leur statut sont plus enclines à adopter des comportements plus sécuritaires pour ne pas transmettre l'infection;

ii) L'intervention préventive auprès des PVVIH

9. L'intervention préventive auprès des PVVIH et leurs partenaires vise à briser le cycle de transmission en soutenant l'adoption et le maintien des comportements sexuels sécuritaires et en informant les partenaires afin qu'ils se fassent dépister;

10. L'évaluation de projets québécois d'intervention préventive auprès des PVVIH et leurs partenaires a démontré la pertinence, la faisabilité et l'efficacité de ces interventions. Plusieurs régions offrent déjà ces services et des démarches sont en cours pour consolider et généraliser leur implantation au Québec;

¹ Brenner BG, Roger M, Routy JP, Moisi D, Ntemgwa M, Matte C, Baril JG, Thomas R, Rouleau D, Bruneau J, Leblanc R, Legault M, Tremblay C, Charest H, Wainberg MA; Quebec Primary HIV Infection Study Group., 2007, *High rates of Forward Transmission Events after Acute/Early HIV-1 infection*, J Infect Dis. 195(7):951-9 **Recueil de sources de l'intervenant** (ci-après « **R.S.** ») **Onglet 3**

iii) Le port du condom

11. Le risque de transmission peut également être réduit de façon importante par d'autres mesures de prévention comme le port du condom.

- On estime que le port du condom permettrait de réduire entre 90 et 95 % le risque de transmission².
- Il a été établi que le risque de transmission du VIH lors d'une relation anale réceptive est de l'ordre de 1/100; ce risque lors d'une relation vaginale non protégée serait de 1/500 si l'homme est infecté et la femme ne l'est pas et de 1/1000 si c'est la femme qui est porteuse du VIH³.
- Si l'on établit l'efficacité du port du condom à 90 %, le risque de transmission du VIH d'un homme infecté à une femme non infectée serait de l'ordre de 1/5000 et de 1/10 000 si c'est la femme qui est infectée et que l'homme porte un condom.

12. L'INSPQ considère que le port du condom est fondamental pour prévenir le VIH. La criminalisation de la non-divulgence même en cas de port de condom, contredit ce message essentiel de santé publique et nuit ainsi à la prévention du VIH.

iv) Les traitements

13. Comme vient de le confirmer une étude récente, l'administration de traitements antirétroviraux permet de réduire considérablement la quantité de virus circulant dans l'organisme de la personne infectée et, par ce fait, même le risque de transmission d'un partenaire vivant avec l'infection à un partenaire séronégatif lors de relations sexuelles dans le cadre d'une relation stable et monogame :

« Dans l'étude récente, HPTN-052, 28 transmissions chez 1763 couples sérodiscordants suivis en Amérique du Nord et du Sud, en Afrique et en Asie ont été enregistrées; une seule transmission a été enregistrée dans le groupe où le traitement était amorcé précocement. Les chercheurs concluent : « These results support the use of

² Pinkerton SD, & Abramson PR, 1997, *Effectiveness of condoms in preventing HIV transmission*, Social Science & Medicine, 44(9), 1303-1312 (R.S., **Onglet 10**)

³ Durant la période de primo-infection, le risque de transmission du VIH serait plus élevé. Cette période dure quelques semaines.

antiretroviral treatment as a part of a public health strategy to reduce the spread of HIV-1 infection ». ⁴

14. Les chercheurs constatent qu'il y a réduction du risque de transmission quand les PVVIH sont en traitement de 91 % à 96 % ⁵;

- Si l'on établit l'efficacité des traitements à 96 %, le risque de transmission du VIH d'un homme infecté à une femme non infectée serait de l'ordre de 1/12 500 et de 1/25 000 si c'est la femme qui est infectée. .

15. Si le traitement antirétroviral diminue le risque de transmission de 96 % tel qu'indiqué par l'étude de Cohen ⁶, qui est la plus fiable à ce jour à ce sujet, le risque de transmission homme-femme serait diminué à 1 sur 125 000 si l'homme infecté est traité efficacement et utilise le condom. Dans le cas inverse, où la femme infectée serait traitée et où l'homme porterait le condom, le risque de transmission serait de 1/250 000 et encore plus diminué si l'homme est circoncis;

v) L'évaluation du risque et le soutien pour éviter la transmission

16. Parce qu'on considère qu'un traitement adéquat de l'infection par le VIH avec des antirétroviraux permet de diminuer considérablement le risque de transmission, l'INSPQ administre un programme où, en toute confidentialité, des professionnels de la santé (médecins, dentistes, infirmières, etc.) vivant avec le VIH ou avec l'hépatite B ou C font évaluer leur risque de transmission de leur infection en fonction de leur charge virale, de leur adhésion au traitement et de la nature des actes professionnels qu'ils posent. Si les experts de l'INSPQ jugent que le risque de transmission est extrêmement faible, ils

⁴ Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, Hakim JG, Kumwenda J, Grinsztejn B, Pilotto JH, Godbole SV, Mehendale S, Chariyalertsak S, Santos BR, Mayer KH, Hoffman IF, Eshleman SH, Piwowar-Manning E, Wang L, Makhema J, Mills LA, de Bruyn G, Sanne I, Eron J, Gallant J, Havlir D, Swindells S, Ribaldo H, Elharrar V, Burns D, Taha TE, Nielsen-Saines K, Celentano D, Essex M, Fleming TR; HPTN 052 Study Team, 2011, *Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy*, N Engl J Med. 365(6):493-505 (R.S., **Onglet 5**)

⁵ Attia S, Egger M, Müller M, Zwahlen M, Low N, 2009, *Sexual transmission of HIV according to viral load and antiretroviral therapy: systematic review and meta-analysis*. AIDS, 23(11):1397-404 (R.S., **Onglet 2**)

Donnell D, Baeten JM, Kiarie J, Thomas KK, Stevens W, Cohen CR, McIntyre J, Lingappa JR, Celum C, for the Partners in Prevention HSV/HIV Transmission Study Team, 2010, *Heterosexual HIV-1 transmission after initiation of antiretroviral therapy: a prospective cohort analysis*, The Lancet, 375(9731): 2092 – 2098 (R.S., **Onglet 6**)

⁶ Cohen et al. 2011, précité (R.S., **Onglet 5**)

Cohen et al. 2011, précité (R.S., **Onglet 5**)

recommandent à l'Ordre professionnel concerné d'autoriser ce professionnel de la santé à continuer de pratiquer sans que ses patients en soient informés;

B) Quel est l'impact de la criminalisation sur les mesures de lutte contre l'épidémie?

i) L'impact négatif sur le dépistage du VIH

17. Plusieurs auteurs et scientifiques de renommée internationale affirment que criminalisation contribue à accentuer la stigmatisation des PVVIH ainsi que de groupes déjà très vulnérables aux ITSS⁷;

18. En ce sens, la criminalisation crée des obstacles supplémentaires au recours aux services de dépistage du VIH⁸, aux autres services de prévention et à l'obtention des soins dont ces groupes pourraient avoir besoin;

19. La peur de passer un test de dépistage est souvent associée à la crainte d'être stigmatisé ou discriminé⁹. C'est le cas autant pour les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) que pour les personnes originaires d'un pays où le VIH est endémique;

20. Les effets négatifs de la criminalisation sur le dépistage ont été démontrés récemment dans une étude ontarienne : près de 20 % des HARSAH qui savent que la criminalisation du non-dévoilement est possible affirment que cette criminalisation influence leur décision de recourir au dépistage du VIH. Ces personnes peuvent jouer un rôle important dans l'aggravation de l'épidémie en accroissant le nombre de nouvelles infections, puisqu'elles rapportent plus souvent que les autres avoir eu des relations sexuelles non protégées;

21. Ces personnes sont donc celles qui seraient le plus à même de bénéficier du dépistage et du counseling qui l'entoure tout en maximisant l'impact sur la santé publique;

⁷ Cameron E, Burris S, Clayton M, 2008, *Le VIH est un virus et non un crime*, Revue VIH/sida, droit et politiques, 13(2/3) :70-4. (R.S., **Onglet 4**)

Malcolm A, Aggleton P, Bronfman M, Galvao J, Mane P, & Verrall J, 1998, *HIV-related stigmatization and discrimination: Its forms and contexts*, Critical Public Health, 8(4), 347-370 (R.S., **Onglet 8**)

⁸ Cameron et al., 2008, précité. (R.S., **Onglet 4**)

Wainberg MA, 2009, *Criminalizing HIV transmission may be a mistake*, Canadian Medical Association Journal, 180(6): 688 (R.S., **Onglet 11**)

⁹ Herek GM, Capitanio JP, & Widaman KF, 2003, *Stigma, Social Risk, and Health Policy: Public Attitudes Toward HIV Surveillance Policies and the Social Construction of illness*, Health Psychology, 22(5): 533-540. (R.S., **Onglet 7**)

22. Dans *R. c. Cuerrier*¹⁰, la juge McLachlin, alors juge puînée à la Cour suprême, mentionnait ceci quant à l'importance du dépistage :

*« 55 Les élargissements importants du droit proposés par mes collègues risquent également de nuire à la lutte contre la propagation du VIH et des autres maladies graves transmissibles sexuellement. Les travailleurs du secteur de l'hygiène publique font valoir qu'encourager les gens à subir un test de dépistage et à se faire traiter est la clef de la prévention de la propagation du VIH et de maladies similaires, et que des sanctions pénales générales seront vraisemblablement inefficaces [...]. Criminaliser un large éventail de comportements liés au VIH ne fera que nuire à ces efforts. [...] c'est surtout chez les membres de ces groupes déjà marginalisés que se fera sentir le fardeau des sanctions pénales. D'après la documentation soumise à la Cour, il ressort qu'une obligation générale de divulguer est susceptible de pousser à la clandestinité les personnes atteintes de cette maladie : voir, par exemple, R. Elliot, *Droit criminel et VIH/sida : rapport final (mars 1997)*; J. M. Dwyer, "Legislating AIDS Away : The Limited Role of Legal Persuasion in Minimizing the Spread of the Human Immunodeficiency Virus" (1993), 9 *J. Contemp. Health L. & Pol'y* 167; S. V. Kenney, "Criminalizing HIV Transmission : Lessons from History and a Model for the Future" (1992), 8 *J. Contemp. Health L. & Pol'y* 245; T.W. Tierney, "Criminalizing the Sexual Transmission of HIV : An International Analysis" (1992), 15 *Hastings Int'l & comp. L. Rev.* 475. ». »*

23. Ces préoccupations sont toujours d'actualité. La déclaration politique de 2008 de l'ONUSIDA (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida) recommande un usage limité du droit criminel à cause de son impact négatif sur la santé publique :

« ... L'ONUSIDA exhorte les gouvernements à limiter la criminalisation de la transmission aux cas intentionnels de transmission, c'est-à-dire une PVVIH connaissant son statut qui agit dans l'intention de transmettre le VIH et transmet l'infection à une autre personne. L'ONUSIDA précise également dans son énoncé de politique générale de ne pas utiliser le droit pénal dans ces situations :

- *aucune preuve de risque important de transmission;*
- *séropositivité ignorée;*
- *mauvaise compréhension des risques de transmission;*
- *dévoilement du statut sérologique au partenaire;*
- *non-dévoilement par peur d'actes de violence ou autres représailles graves;*
- *adoption de mesures de réduction significative des risques;*

¹⁰ *R. c. Cuerrier*, [1998] 2 R.C.S. 371

- *entente préalable avec le partenaire du degré de risque acceptable.* »

24. La réduction de l'incidence du VIH et des autres ITSS est l'un des sept objectifs prioritaires du Programme national de santé publique du Québec. La lutte contre le VIH occupe une grande place dans les priorités des organismes œuvrant en santé publique et leurs partenaires. La prévention demeure la pierre angulaire de cette lutte, puisqu'il n'existe encore ni traitement curatif ni vaccin;

25. Parce qu'un dépistage précoce et les traitements antirétroviraux peuvent améliorer considérablement l'espérance de vie tout en réduisant les risques de transmission, nos efforts doivent se concentrer sur l'augmentation des dépistages et l'accès des PVVIH aux soins de santé;

ii) L'impact négatif sur la divulgation du statut sérologique au partenaire

26. Des chercheurs ont remarqué que la stigmatisation et le contexte relationnel étaient les principaux facteurs influençant le fait de dévoiler ou non le statut sérologique.

27. Comme la criminalisation accentue la stigmatisation, elle contribuera au maintien de contextes non favorables au dévoilement :

- plusieurs PVVIH affirment d'ailleurs que la criminalisation nuit à la divulgation de leur statut sérologique;
- certains hommes gais séropositifs qui craignent la criminalisation adoptent des comportements sexuels plus anonymes et évitent de dévoiler;

28. Les PVVIH vivent plusieurs dilemmes quant au dévoilement et adoptent des stratégies parfois complexes pour les gérer¹¹. On sait :

- qu'elles craignent des dévoilements non désirés (rumeurs sur leur statut sérologique) et des accusations criminelles (peur d'être traités injustement dans ce cas);
- qu'elles dévoilent moins dans un environnement où les lois en matière criminelle sont plus strictes;

¹¹ Adam BD, Elliott R, Husbands W, Murray J, Maxwell J, 2008, *Effects of the criminalization of HIV Transmission in Cuerrier on Men Reporting Unprotected Sex with Men*, Canadian Journal of Law and Society, 23 (1-2):143-159. (R.S., **Onglet 1**)

29. Il est inefficace d'utiliser l'obligation de dévoiler comme stratégie de prévention;
30. Environ le quart des PVVIH ignorent leur statut sérologique. Ces personnes jouent un rôle majeur dans l'incidence de nouveaux cas de VIH, n'étant pas traitées, elles ont une charge virale élevée et, par conséquent, un niveau important de contagiosité;
31. Contrairement à ce que l'Appelante affirme au paragraphe 79 de son mémoire (R c. D.C. 34094), l'INSPQ soutient que les personnes qui ignorent leur statut sérologique (soit environ 26 % des PVVIH) sont proportionnellement à la source d'un plus grand nombre de cas de transmission (n'étant pas en traitement) que les 74 % de personnes qui connaissent leur statut.
32. De plus, 50 % des nouvelles infections par le VIH ont été transmises par des personnes séropositives en primo-infection¹². Or, la majorité de ces personnes ignorent encore à ce stade leur statut sérologique : seulement près de 11 % des diagnostics d'infection par le VIH au Québec sont faits dans cette période.
33. Les données scientifiques démontrent que la divulgation obligatoire du statut sérologique n'est pas une méthode suffisante de prévention du VIH et peut même être contre-productive. Cette approche contribue à créer une présomption de séronégativité en cas de silence du partenaire quant à son statut sérologique, ce qui pourrait même ultimement alimenter l'épidémie;
34. L'INSPQ soutient que la « surcriminalisation » du non-dévoilement de la séropositivité au VIH dans un contexte de relations sexuelles protégées ou de charge virale indétectable grâce aux traitements antirétroviraux, aura des effets négatifs sur la prévention et la détection du VIH;

C) Quel est l'impact de la criminalisation sur l'accès aux soins et services de santé?

i) L'impact négatif sur les professionnels de la santé publique et leur travail.

35. C'est sur la base du dévoilement des comportements à risque que :
- Les médecins et infirmières offrent un dépistage des ITSS, une intervention de prévention évaluée efficace;
 - Les professionnels psychosociaux apportent leur soutien dans le maintien et l'adoption de comportements sécuritaires;

¹² Brenner et al. 2007, précité. (R.S., **Onglet 3**)

36. En ce sens, en plus d'avoir un impact considérable sur la vie des PVVIH, la criminalisation indistincte de toute non-divulgence du statut sérologique au VIH dans un contexte où le risque de transmission est très faible aurait des conséquences extrêmement négatives sur le travail des professionnels de la santé.

ii) L'impact négatif de la criminalisation sur le lien de confiance entre le patient et le professionnel de santé

37. Dans un contexte de criminalisation, certaines personnes qui ont des comportements à risque et certaines PVVIH hésitent à parler ouvertement de leurs pratiques sexuelles ou de la question du dévoilement (ou encore, des difficultés qu'ils rencontrent à dévoiler) avec les intervenants de peur que les rapports médicaux soient utilisés contre le patient dans le cadre d'une éventuelle poursuite¹³;

38. La criminalisation du non-dévoilement du statut sérologique mine le lien de confiance entre le professionnel de la santé et son patient, la peur d'être poursuivi rendant le patient plus réticent à se confier quant à ses comportements à risques et quant à son statut sérologique au VIH;

15 % des HARSAH interrogés dans une étude ontarienne ont mentionné qu'ils craignaient de discuter de leurs pratiques sexuelles avec un médecin ou une infirmière en raison de la criminalisation possible du non-dévoilement;

39. Chez les groupes vulnérables, un contexte social empreint de stigmatisation et de discrimination engendre des barrières supplémentaires pour le recours à des services dont ils pourraient avoir besoin, allant des services de dépistage à l'obtention de soins nécessaires dans le suivi médical de l'infection par le VIH¹⁴;

40. En plus d'être une entrave au dépistage et au counseling, cette crainte peut avoir un impact potentiel sur l'accès vers d'autres services, comme les services sociaux, en contribuant à alimenter un certain climat de méfiance. Ceci est particulièrement important parce que pour une partie des personnes à risque, les services de santé dédiés aux PVVIH sont une des seules portes d'entrée vers les autres services de santé et sociaux.

¹³ Mykhalovskiy E, 2011, *The problem of "significant risk": Exploring the public health impact of criminalizing HIV non-disclosure*, Soc Sci Med. 73(5):668-75. (R.S., **Onglet 9**)

¹⁴ Malcolm, et al. 1998, précité (R.S., **Onglet 8**)

PARTIE IV – ARGUMENTS SUR LES DÉPENS

Aucun.

PARTIE V – CONCLUSION

Compte tenu de ces observations, l'INSPQ est très inquiet d'un usage excessif du droit criminel contre les PVVIH, car il est convaincu que cela risque de décourager les personnes à se faire dépister en les exposant à un risque de poursuites criminelles même lorsque le risque de transmission est très faible (condom ou charge virale indétectable) et de nuire gravement au travail des professionnels de la santé ainsi qu'à la lutte contre l'épidémie du VIH.

Dans ce contexte, l'INSPQ soumet que la « surcriminalisation » nuit à la santé publique et pourrait même favoriser la propagation du VIH.

L'INSPQ demande l'autorisation de faire des représentations orales lors de l'audition des dossiers prévue pour le 8 février 2012.

Montréal, le 23 janvier 2012

M^e Lucie Joncas
Procureure de l'intervenant l'INSPQ

PARTIE VI – TABLE ALPHABÉTIQUE DES SOURCES

Jurisprudence

Paragraphe(s)

R. c. Cuerrier, [1998] 2 R.C.S. 37122

Doctrine

Adam BD, Elliott R, Husbands W, Murray J, Maxwell J, 2008, *Effects of the criminalization of HIV Transmission in Cuerrier on Men Reporting Unprotected Sex with Men*, Canadian Journal of Law and Society, 23 (1–2):143-15928

Attia S, Egger M, Müller M, Zwahlen M, Low N, 2009, *Sexual transmission of HIV according to viral load and antiretroviral therapy: systematic review and meta-analysis*. *AIDS*, 23(11):1397-404 14

Brenner BG, Roger M, Routy JP, Moisi D, Ntemgwa M, Matte C, Baril JG, Thomas R, Rouleau D, Bruneau J, Leblanc R, Legault M, Tremblay C, Charest H, Wainberg MA; Quebec Primary HIV Infection Study Group., 2007, *High rates of Forward Transmission Events after Acute/Early HIV-1 infection*, *J Infect Dis*. 195(7):951-97,32

Cameron E, Burris S, Clayton M, 2008, *Le VIH est un virus et non un crime*, *Revue VIH/sida, droit et politiques*, 13(2/3) :70-4 17,18

Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, Hakim JG, Kumwenda J, Grinsztein B, Pilotto JH, Godbole SV, Mehendale S, Chariyalertsak S, Santos BR, Mayer KH, Hoffman IF, Eshleman SH, Piwowar-Manning E, Wang L, Makhema J, Mills LA, de Bruyn G, Sanne I, Eron J, Gallant J, Havlir D, Swindells S, Ribaud H, Elharrar V, Burns D, Taha TE, Nielsen-Saines K, Celentano D, Essex M, Fleming TR; HPTN 052 Study Team, 2011, *Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy*, *N Engl J Med*. 365(6):493-505 13,14,15

Donnell D, Baeten JM, Kiarie J, Thomas KK, Stevens W, Cohen CR, McIntyre J, Lingappa JR, Celum C, for the Partners in Prevention HSV/HIV Transmission Study Team, 2010, *Heterosexual HIV-1 transmission after initiation of antiretroviral therapy: a prospective cohort analysis*, *The Lancet*, 375(9731): 2092 – 2098 14

Doctrine (suite)

Paragraphe(s)

Herek GM, Capitanio JP, & Widaman KF, 2003, *Stigma, Social Risk, and Health Policy: Public Attitudes Toward HIV Surveillance Policies and the Social Construction of illness*, Health Psychology, 22(5): 533-540 19

Malcolm A, Aggleton P, Bronfman M, Galvao J, Mane P, & Verrall J, 1998, *HIV-related stigmatization and discrimination: Its forms and contexts*, Critical Public Health, 8(4), 347-370 17,39

Mykhalovskiy E, 2011, *The problem of "significant risk": Exploring the public health impact of criminalizing HIV non-disclosur*, Soc Sci Med. 73(5):668-75 37

Pinkerton SD, & Abramson PR, 1997, *Effectiveness of condoms in preventing HIV transmission*, Social Science & Medicine, 44(9), 1303-1312 11

Wainberg MA, 2009, *Criminalizing HIV transmission may be a mistake*, Canadian Medical Association Journal, 180(6): 688 18