

Pénalisation

AVIS SUIVI DE RECOMMANDATIONS SUR LA PÉNALISATION DE LA TRANSMISSION SEXUELLE DU VIH EN FRANCE

ADOPTÉ PAR LE CONSEIL NATIONAL DU SIDA LE 19 FÉVRIER 2015



CONSEIL NATIONAL DU SIDA
39-43 quai André Citroën
75902 Paris cedex 15
T. 33 [0]1 40 56 68 50
F. 33 [0]1 40 56 68 90
www.cns.sante.fr

19/02/2015
AVIS
POLITIQUE
PUBLIQUE
FR

Le présent *Avis* a été adopté par le Conseil national du sida, réuni en séance plénière le 19 février 2015, à l'unanimité des membres présents moins une abstention.

MEMBRES DE LA COMMISSION « PÉNALISATION »

PHILIPPE GAUDIN, PRÉSIDENT DE LA COMMISSION

JEAN-PIERRE COUTERON

PIERRE-YVES GEOFFARD

ANDRÉ GUIMET

JEAN-PIERRE DOZON

JEAN MASSOT

PIERRE MATHIOT

SANDRINE MUSSO

PATRICK YENI

RAPPORTEURS

MICHEL CELSE

LAURENT GEFFROY

Créé en 1989, le Conseil national du sida est un organe consultatif indépendant composé de 24 membres spécialistes du VIH/sida, représentant de la société civile ou militants associatifs.

Le Conseil national du sida émet des avis et des recommandations sur toutes les questions posées par le VIH/sida à la société. Ses travaux sont adressés aux autorités politiques et à l'ensemble des personnes concernées par l'épidémie.

Le Conseil national du sida participe ainsi à la réflexion sur les politiques publiques et œuvre au respect des principes éthiques fondamentaux et des droits des personnes.

Pour plus d'informations, rendez-vous sur www.cns.sante.fr

SOMMAIRE

PRÉAMBULE.....	4
I. TRANSMISSION ET RISQUE DE TRANSMISSION SEXUELLE DU VIH : À QUELLES CONDITIONS LA RESPONSABILITÉ PÉNALE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH PEUT-ELLE ÊTRE ENGAGÉE ?.....	5
Un nombre non négligeable de plaintes, mais un nombre faible de procès.....	5
Une jurisprudence stable sur le fondement de l'infraction d'« administration de substances nuisibles ».....	5
L'élément matériel.....	6
L'élément moral.....	6
Toute relation sexuelle non protégée entre partenaires sérodifférents engage potentiellement la responsabilité pénale de la personne séropositive.....	7
II. UN DÉVELOPPEMENT DES RECOURS EN JUSTICE QUI INTERVIENT PARADOXALEMENT DANS UN CONTEXTE DE « NORMALISATION » DE LA MALADIE	9
Émergence de la réponse pénale et mutations de l'épidémie.....	9
Les questions posées au modèle historique de la lutte contre le sida.....	9
Qui recourt à la réponse pénale ?	10
III. LES EFFETS DE LA PRATIQUE JUDICIAIRE AU REGARD DES PRINCIPES ET OBJECTIFS DE LA JUSTICE PÉNALE.....	11
Les enjeux d'une procédure équitable.....	11
Les conditions d'une instruction de qualité.....	11
L'importance de la sensibilisation des magistrats aux enjeux du VIH.....	11
Le rôle clé des avocats de la défense.....	12
Les objectifs de la sanction pénale.....	12
Les peines de prison ferme prédominent dans les affaires de transmission du VIH.....	13
L'incarcération ne constitue pas une réponse pénale adaptée sur les plans de la prise en charge sanitaire, de la réinsertion et de la prévention de la récidive.....	13
Le recours aux peines et aux dispositifs alternatifs à l'incarcération doit être favorisé.....	13
IV. LES STRATÉGIES DE SANTÉ PUBLIQUE À L'ÉPREUVE DE LA LOGIQUE PÉNALE	15
Santé individuelle et santé publique : enjeux et stratégies actuels d'une prévention efficace.....	15
Approche pénale et approche de santé publique : points de convergence et risques de contradiction.....	15
Le risque pénal ne semble pas avoir d'impact significatif sur les comportements de protection et de dépistage.....	15
Les représentations sociales et les stéréotypes véhiculés par les affaires pénales entrent en contradiction avec les messages de prévention.....	16
L'enjeu de la notion de relation protégée à l'ère des traitements efficaces du VIH.....	17
RECOMMANDATIONS.....	18
Synthèse des recommandations	20
REMERCIEMENTS	21
RÉFÉRENCES.....	22

PRÉAMBULE

Dans de nombreux pays, selon leurs systèmes judiciaires respectifs et sur des fondements légaux divers, la responsabilité pénale des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) peut être recherchée en cas de transmission du virus à autrui, d'exposition d'autrui au risque de transmission ou encore, parfois, pour non-divulgateur du statut sérologique au partenaire préalablement à des relations sexuelles.

Au-delà de différences considérables concernant l'intensité des poursuites, la délimitation du champ des actes répréhensibles et la sévérité plus ou moins grande des peines encourues et prononcées, un renforcement de la pénalisation est observé au plan international depuis les années 2000, se traduisant par une augmentation sensible à la fois du nombre global des procédures visant des PVVIH pour des faits liés au risque de transmission du virus et du nombre de pays dans lesquels des poursuites sont constatées.

En France, hormis une première condamnation passée relativement inaperçue en 1999, l'émergence de la problématique se cristallise essentiellement, en 2004 et 2005, autour de la condamnation à six années de prison d'un homme accusé d'avoir contaminé deux anciennes compagnes auxquelles il avait dissimulé sa séropositivité. L'affaire avait suscité une vive controverse opposant les associations de lutte contre le VIH aux plaignantes et aux associations de victimes.

C'est dans ce contexte que le Conseil national du sida avait émis, en avril 2006, un premier *Avis sur la pénalisation de la transmission sexuelle du VIH*.¹ L'irruption du recours à la réponse pénale apparaissait alors comme un phénomène marginal. Il bousculait cependant fortement les concepts et les valeurs qui constituaient une culture partagée par la plupart des acteurs de la lutte contre le sida. Dans cet *Avis*, le Conseil s'interrogeait principalement sur les conséquences des procès sur les principes fondateurs de la prévention de la transmission du VIH, et recommandait un renforcement global des politiques de prévention.

Depuis lors, plus d'une vingtaine d'affaires ont été jugées en France et le traitement pénal des faits de transmission et/ou d'exposition au risque de transmission repose sur une jurisprudence stable. Par ailleurs, les progrès de la recherche ont transformé les outils et les stratégies de prévention. En dépit de ces évolutions, l'attention accordée aux questions juridiques, éthiques et sanitaires complexes que pose le recours à la justice pénale en matière de transmission sexuelle du VIH est demeurée faible, tant de la part des pouvoirs publics que des acteurs associatifs de la lutte contre le sida.

Cette situation contraste avec le portage fort dont bénéficient ces questions dans d'autres contextes nationaux, notamment européens, et plus globalement dans les différents forums internationaux de la lutte contre le VIH. Un important travail d'investigation et d'élaboration d'un corpus de recommandations a été conduit par différentes organisations internationales, en particulier par des agences de l'ONU.²

Pour cet ensemble de raisons, et constatant les limites de l'approche et des recommandations émises en 2006 au regard des évolutions intervenues, le Conseil national du sida a jugé pertinent de se saisir à nouveau de la question de la pénalisation de la transmission sexuelle du VIH. À cet effet, une commission *ad hoc* a été formée, avec pour mission d'évaluer, en France, les modalités juridiques et les conséquences sociétales et sanitaires de la pénalisation de la transmission sexuelle du VIH, et de l'exposition au risque non suivie de transmission. Le choix a été opéré de considérer uniquement l'aspect pénal des procédures et d'écarter le volet civil, relatif à l'indemnisation, qui leur est généralement attaché, mais représente un champ d'investigation distinct et spécifique. Un rapport, à paraître ultérieurement, présentera l'ensemble des observations et analyses de la commission.

Considérant les fondements légaux et l'état de la jurisprudence, le présent *Avis* entend contribuer à la réflexion sur les faits de pénalisation de la transmission et de l'exposition au risque de transmission du VIH, au-delà du cadre binaire qui oppose partisans et adversaires du recours à la justice pénale. Ses préconisations, adressées aux pouvoirs publics, aux acteurs de la lutte contre le VIH ainsi qu'à l'ensemble de la population sexuellement active, visent à réduire le risque pénal encouru par les PVVIH, à améliorer le traitement pénal de l'infraction si une procédure judiciaire est engagée et, enfin, à limiter d'éventuels effets négatifs sur la politique de prévention.

I. TRANSMISSION ET RISQUE DE TRANSMISSION SEXUELLE DU VIH : À QUELLES CONDITIONS LA RESPONSABILITÉ PÉNALE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH PEUT-ELLE ÊTRE ENGAGÉE ?

Mesurer les phénomènes de recours à la justice pénale pour des faits de transmission ou d'exposition au risque de transmission du VIH se heurte à la rareté et au caractère partiel des données disponibles. Les investigations conduites permettent cependant d'avancer deux indicateurs, l'un relatif au nombre de plaintes déposées, le second concernant le nombre de procédures ayant prospéré jusqu'à la tenue d'un procès.

UN NOMBRE NON NÉGLIGEABLE DE PLAINTES, MAIS UN NOMBRE FAIBLE DE PROCÈS

Les sources administratives et judiciaires disponibles ne permettent pas de décompter ou d'estimer le nombre total de plaintes déposées pour ce type de faits. Un ordre de grandeur du nombre de plaintes peut cependant être établi à partir des données de l'enquête ANRS-Vespa2, réalisée dans un échantillon représentatif de l'ensemble de la population suivie pour le VIH en 2011 à l'hôpital.³

Cette enquête montre en premier lieu qu'un peu plus d'une personne vivant avec le VIH sur dix déclare avoir été tentée de porter plainte contre la personne qu'elle estimait être à l'origine de sa contamination. L'idée de recourir à la justice pour faire reconnaître la responsabilité d'un partenaire n'apparaît donc pas exceptionnelle, même si elle demeure largement minoritaire parmi les PVVIH. Sa réalisation s'avère cependant beaucoup plus rare, avec 1,4% des PVVIH interrogées déclarant avoir effectivement porté plainte. Sur la base de ces données déclaratives, on peut estimer un ordre de grandeur de 1500 à 2000 plaintes qui auraient pu être déposées au total depuis le début de l'épidémie.

En regard de ce nombre non négligeable de plaintes, le nombre de poursuites ayant prospéré jusqu'à la tenue d'un procès pénal apparaît faible. Un recensement empirique de l'ensemble des affaires jugées, qui peut être considéré comme quasi-exhaustif, a permis d'identifier au total 23 procédures ayant abouti à des procès, dans une période allant jusqu'à la fin de l'année 2014, à partir de la première affaire de ce type, jugée en 1998, puis en appel en 1999. Toutes ces procédures ont débouché sur la condamnation du prévenu.⁴

Au cours de cette période de 17 années, la fréquence des procès est passée de 3 en 10 ans (1998-2007) à 20 pendant les 7 dernières années (2008-2014). Cette évolution doit être considérée avec prudence compte tenu du faible nombre d'affaires et du fait que les délais de procédures entre une plainte initiale et un éventuel procès peuvent être très variables. Elle suggère néanmoins une augmentation sensible du nombre d'affaires aboutissant devant les tribunaux à partir de la fin des années 2000. Il n'est pas établi dans quelle mesure cette progression résulte d'une augmentation du nombre de plaintes déposées ou d'une propension plus forte de l'institution policière et judiciaire à entendre et donner suite aux plaintes déposées pour des faits concernant la transmission du VIH.

En tout état de cause, les procès pour transmission et/ou exposition au risque de transmission du VIH demeurent numériquement exceptionnels quand on les rapporte à différents ordres de grandeur de l'épidémie. On compte ainsi en moyenne près de 3 procès par an depuis 2008 pour environ 7000 à 8000 nouvelles contaminations par le VIH chaque année.⁵ Au sein d'une population estimée en 2010 à environ 120 000 PVVIH et connaissant leur infection,⁶ l'ensemble des affaires jugées depuis 1998 a concerné au total 34 personnes reconnues victimes et conduit à la mise en cause et la condamnation de 22 personnes.

UNE JURISPRUDENCE STABLE SUR LE FONDEMENT DE L'INFRACTION D'« ADMINISTRATION DE SUBSTANCES NUISIBLES »

En France, à la différence de certains pays, la sanction pénale de faits de transmission du VIH ne se fonde pas sur une législation spécifique à cette pathologie ou à un ensemble de maladies transmissibles. L'adoption d'une telle législation, après avoir été brièvement envisagée, a été clairement écartée par le législateur en 1991. C'est par conséquent sur la base de la législation pénale existante que des poursuites visant la transmission du VIH ont été engagées et des condamnations prononcées (*Cf. Encadré 1*).

Après quelques hésitations initiales sur la qualification à retenir, une jurisprudence stable s'est établie sur le fondement de l'infraction d'« administration de substances nuisibles ayant entraîné une atteinte à l'intégrité physique ou psychique d'autrui » (ASN), prévue à l'article 222-15 du code pénal. Retenue en 1999 dans un arrêt de la cour d'appel de Rouen qui marque la première condamnation définitive pour des faits de transmission du VIH, cette qualification, confortée à deux reprises par la cour de cassation en 2006 et 2010, constitue la base légale de toutes les procédures engagées depuis lors.

Il est à noter qu'on ne relève pas d'exemples de procédures sur le fondement de l'ASN concernant la transmission d'autres pathologies infectieuses que le VIH. Cela n'est pas un effet de la législation pénale en elle-même, mais d'une absence de recours judiciaires intentés par des personnes confrontées à la contamination par d'autres agents infectieux.

Encadré 1 : Le déclenchement des poursuites pénales

Le déclenchement de poursuites pénales relève du ministère public.

Des poursuites ont été déclenchées **à la suite du dépôt d'une plainte** auprès des services de police, de gendarmerie ou auprès du procureur de la République. Il appartient au ministère public d'en examiner les suites : le déclenchement de poursuites, la mise en œuvre d'une procédure alternative aux poursuites ou le classement sans suite, susceptible de recours. Le retrait de la plainte par le plaignant n'entraîne pas l'interruption des poursuites, si celles-ci ont été engagées.

Des poursuites ont aussi été déclenchées **à la suite de la découverte d'autres victimes** dans le cadre d'investigations d'une instruction. Le ministère public est fondé à poursuivre les cas incidents et à les joindre à la procédure indépendamment de la volonté des victimes de porter plainte ou non.

L'ÉLÉMENT MATÉRIEL

L'élément matériel requis pour qualifier l'infraction d'ASN est double. En premier lieu, il faut qu'une substance nuisible soit administrée. Ceci est constitué par le fait, pour une personne porteuse du VIH, d'avoir une relation sexuelle non protégée avec son ou sa partenaire, la substance nuisible étant en l'espèce formée par les sécrétions sexuelles ou les fluides corporels infectés par le virus, et son administration résultant de l'absence de protection de la relation sexuelle. Si les pratiques de pénétration anale ou vaginale non protégées par le préservatif d'une part et le sperme ou les sécrétions vaginales d'autre part sont, respectivement, le mode d'administration et les substances nuisibles les plus souvent en cause, il est important de noter que d'autres pratiques, comme la fellation non protégée par le préservatif, et d'autres substances, comme le liquide pré-séminal, peuvent être et ont parfois été retenues pour constituer l'infraction.

En second lieu, il faut, au titre de l'élément matériel, que l'administration de la substance nuisible entraîne une atteinte à l'intégrité physique ou psychique d'autrui. En cas de transmission du virus, l'infection par le VIH qui en résulte constitue indubitablement une atteinte à l'intégrité *physique* de la victime. À cet égard, les progrès thérapeutiques, en réduisant considérablement les conséquences délétères de la contamination sur la santé de la victime, réduisent la sévérité de l'atteinte à l'intégrité physique mais ne la remettent pas en cause : le caractère incurable de l'infection, son retentissement irréversible sur l'organisme, la nécessité de suivre à vie un traitement lourd ou encore son impact sur les conditions de la procréation demeurent autant d'éléments constitutifs de l'atteinte physique. Enfin, deux affaires récentes ont montré que l'infraction pouvait être qualifiée dans des cas où certaines victimes ont été exposées par l'auteur au risque de transmission, mais n'ont cependant pas été contaminées. Dans ces cas, c'est l'atteinte à l'intégrité *psychique* des victimes qui a été retenue. Celles-ci ont en effet invoqué le choc psychologique et l'angoisse éprouvés en apprenant le risque auquel elles avaient été exposées.

L'ÉLÉMENT MORAL

La question de l'élément dit « moral » ou « intentionnel » nécessaire à caractériser l'infraction est plus complexe. La répression pénale de l'ASN s'inscrit dans celle, plus générale, des violences volontaires, dont elle constitue une modalité particulière. La notion d'infraction volontaire, dans le langage juridique, n'implique pas que le résultat de l'infraction ait été voulu par l'auteur. Le caractère volontaire de l'infraction s'attache simplement au fait que l'auteur a délibérément décidé d'agir d'une manière que la loi – qu'il est censé ne pas ignorer – définit comme répréhensible.

En l'espèce, la personne qui, se sachant séropositive au VIH et connaissant les modes de transmission du virus, décide malgré cela de s'engager dans une relation sexuelle sans la protéger, agit volontairement, et en cela commet l'infraction d'ASN. Ainsi, dans l'arrêt de la cour d'appel de Rouen mentionné plus haut, le juge relève que le prévenu, n'ignorant pas sa séropositivité au VIH et ne pouvant méconnaître le danger de transmission du virus par le sperme, a ainsi « délibérément administré un produit en parfaite connaissance du caractère nuisible de la substance administrée ». Ce raisonnement juridique, confirmé dans les affaires ultérieures et, dans deux cas, jusque devant la cour de cassation, pose que l'élément moral de l'infraction est suffisamment constitué dès lors que l'auteur a *conscience de commettre un fait répréhensible*, sans qu'il soit nécessaire que celui-ci ait *l'intention de causer un dommage*. Au terme de cette jurisprudence, il suffit donc de montrer que l'auteur a connaissance de sa séropositivité au moment des faits pour caractériser l'intention délictueuse.

Au-delà de ce critère minimal de la conscience des conséquences possibles de l'acte, celui-ci peut s'accompagner de différents degrés d'intentionnalité, qui ne sont pas nécessaires pour caractériser l'infraction, mais peuvent être pris en compte dans l'appréciation de la gravité de la faute. C'est donc sur le plan de la fixation de la peine à l'intérieur de la fourchette définie par le code (*Cf. Encadré 2*) qu'il pourra être distingué entre, par exemple, le cas d'un auteur qui fait usage d'un stratagème en produisant des résultats de sérologie falsifiés pour convaincre son/sa partenaire de renoncer à l'usage du préservatif, de celui où l'auteur tait sa séropositivité dans un contexte où la question de la protection n'est pas abordée entre les partenaires. Le code définit lui-même certaines circonstances aggravantes.

Encadré 2 : La gradation des peines encourues au titre de l'ASN

Le code pénal distingue les peines selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité physique ou psychique de la victime résultant de l'infraction d'ASN.

L'ASN ayant entraîné la contamination par le VIH est généralement qualifiée au titre de l'article 222-9 relatif aux violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente. Elle constitue un délit passible de 10 années d'emprisonnement et de 150 000 € d'amende ou, si une ou plusieurs des circonstances aggravantes prévues à l'article 222-10 sont caractérisées, un crime passible de 15 ans de réclusion et 150 000 € d'amende.

L'ASN ayant entraîné l'exposition au risque de transmission du VIH est qualifiée au titre de l'article 222-13 relatif aux violences ayant entraîné une incapacité de travail inférieure ou égale à huit jours ou n'ayant entraîné aucune incapacité de travail. Elle constitue une infraction passible d'une contravention de 5^{ème} classe ou, si une ou plusieurs des circonstances aggravantes prévues à l'article 222-10 sont caractérisées, un délit passible de 3 années d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Les circonstances aggravantes concernées tiennent soit à la qualité de la victime, comme le fait d'être le conjoint, le concubin ou le partenaire de PACS du prévenu, soit au comportement du prévenu, par exemple si celui-ci a agi avec préméditation.

TOUTE RELATION SEXUELLE NON PROTÉGÉE ENTRE PARTENAIRES SÉRODIFFÉRENTS ENGAGE POTENTIELLEMENT LA RESPONSABILITÉ PÉNALE DE LA PERSONNE SÉROPOSITIVE

Les fondements légaux et les éléments de jurisprudence précédemment exposés permettent de clarifier les conditions dans lesquelles, en France, la responsabilité pénale des PVVIH peut se trouver engagée. Pour être caractérisé en droit, le délit d'ASN requiert uniquement deux conditions : le fait que la personne séropositive au VIH ait une relation sexuelle non protégée avec un(e) partenaire non infecté(e), lui faisant courir le risque de contracter le virus ; le fait que la personne séropositive agisse en connaissance de ce risque. Plusieurs conséquences en termes de délimitation du champ des actes répréhensibles et de risque pénal pour les PVVIH doivent être relevées :

- **L'exposition simple au risque de transmission du VIH constitue un délit susceptible de donner lieu à des poursuites et à une condamnation.** Jusqu'à présent, des condamnations pour exposition simple n'ont été prononcées que de façon incidente dans des affaires comprenant à titre principal une condamnation pour des faits de transmission effective du virus à au moins une victime. En outre, ces affaires ont été caractérisées par leur gravité (état de récidive du prévenu, circonstances aggravantes).
- **Une relation sexuelle non protégée entre partenaires sérodifférents constitue un délit commis par le partenaire séropositif, y compris quand le partenaire séronégatif est informé du risque auquel il s'expose et y consent.** Dans les faits, la dissimulation par l'auteur de sa maladie est au cœur des procédures existantes, qu'elle repose sur la simple omission, le mensonge explicite ou l'usage de stratagèmes destinés à tromper le ou la partenaire. En droit, le caractère délictueux de la relation sexuelle non protégée ne dépend pourtant ni de la dissimulation commise par le prévenu ni du consentement de la victime, celui-ci ne pouvant exonérer l'auteur de sa responsabilité selon un principe fondamental du droit pénal.
- **La connaissance formelle par l'auteur de sa séropositivité au VIH préalablement aux faits n'est pas une condition absolue pour qualifier le délit.** La responsabilité du prévenu peut être engagée au regard de comportements à risque de nature à laisser supposer que la personne mise en cause avait une connaissance probable de sa séropositivité. Dans les procédures existantes, la séropositivité de l'auteur antérieurement aux faits est généralement attestée par une sérologie positive ou une prise en charge médicale du VIH. Toutefois, l'élément moral exigé pour qualifier le délit d'ASN peut consister dans le fait de prendre sciemment le risque de transmettre le virus à autrui, indépendamment de la connaissance formelle du statut sérologique.
- **La mise en œuvre d'une protection de la relation sexuelle autrement que par l'utilisation systématique de préservatifs présente un risque pénal.** La notion de relation sexuelle protégée s'entend de façon certaine comme l'utilisation systématique du préservatif, y compris dans les pratiques de fellation. La recevabilité d'autres moyens de prévention, en particulier la protection que confère la prise de traitements antirétroviraux (ARV), demeure incertaine, les tribunaux n'ayant pas eu à statuer sur de tels cas. Si une contamination consécutive à la rupture accidentelle du préservatif pourrait être considérée comme un cas de force majeure et exonérer l'auteur de sa responsabilité, un échec de prévention par le traitement ne serait pas nécessairement appréhendé de manière analogue, certains juristes le qualifiant d'aléa non-exonératoire.

Le nombre modeste de procédures judiciaires ayant abouti à un procès tend à montrer que les parquets et les magistrats instructeurs ont jusqu'ici fait preuve de prudence et de mesure dans l'appréciation de l'opportunité de poursuivre des faits liés au risque de transmission du VIH et dans leur qualification. Le nombre d'affaires jugées a

cependant augmenté depuis quelques années et les circonstances des faits poursuivis se sont diversifiées. L'analyse juridique, confortée par l'observation de certaines affaires récentes et représentant des cas-limites, montre par ailleurs que le champ des actes susceptibles d'être réprimés sur le fondement de l'ASN est potentiellement plus étendu que la majorité des affaires ne le laisserait supposer. [Cf. *Recommandations : alerte 1*, p. 19]

II. UN DÉVELOPPEMENT DES RECOURS EN JUSTICE QUI INTERVIENT PARADOXALEMENT DANS UN CONTEXTE DE « NORMALISATION » DE LA MALADIE

L'émergence et le développement de procédures pénales en matière de transmission du VIH n'est pas le produit d'une évolution de la législation pénale applicable ni de la jurisprudence. Les procédures pénales ne se développent, ou en tout cas ne prospèrent, qu'à partir des années 2000, et principalement dans la seconde moitié de la décennie, soit dans une période postérieure à la phase la plus aiguë de l'épidémie, quand celle-ci perd certaines de ces caractéristiques exceptionnelles initiales.

Le phénomène interroge donc les déterminants des recours en justice dans un contexte de relative normalisation de la maladie, qui en transforme certaines représentations sociales et interroge plusieurs fondamentaux de la réponse que la société avait élaborée. L'examen qualitatif des affaires jugées en France permet de cerner un certain nombre de caractéristiques des personnes impliquées dans les recours judiciaires et des circonstances des faits ayant donné lieu à des poursuites.

ÉMERGENCE DE LA RÉPONSE PÉNALE ET MUTATIONS DE L'ÉPIDÉMIE

Les recours en justice interviennent dans un contexte de relative normalisation à la fois thérapeutique et épidémiologique de l'épidémie (Cf. Encadré 3), qui en transforme certaines représentations sociales et remet en cause les fondamentaux de la réponse que la société avait élaboré.

Encadré 3 : Un contexte thérapeutique et épidémiologique transformé

L'arrivée de traitements ARV efficaces, disponibles en France à partir de 1996, marque la fin l'impuissance médicale face au sida. Le recul de la mortalité et l'amélioration de l'état de santé bouleversent les perspectives de vie des personnes atteintes. La distinction entre la séropositivité et le stade sida s'efface au profit d'un discours sur l'infection par le VIH en tant que maladie chronique. En outre, les caractéristiques de l'épidémie évoluent : initialement circonscrite à des groupes sociaux étroitement identifiés (homosexuels masculins, hémophiles et toxicomanes), l'épidémie connaît une certaine « normalisation ». Celle-ci se féminise et la transmission hétérosexuelle devient majoritaire.

La diffusion du virus au-delà des groupes initialement identifiés n'a été prise en compte que tardivement. Des questions telles que la sexualité des usagers de drogues ou la bisexualité masculine sont demeurées longtemps impensées. En outre, les actions en faveur des femmes ont d'abord été envisagées au seul titre, d'une part, des situations de prostitution et, d'autre part, du risque de transmission à l'enfant lors de la grossesse. La prise en compte de l'épidémie dans ses dimensions spécifiquement hétérosexuelles et féminines émerge seulement au tournant des années 2000. Elle se traduit par des mobilisations d'associations visant à faire entendre les « oubliés » de la lutte contre le sida, parmi lesquels les « migrants » et « les femmes », ainsi que par le développement de programmes d'action publique prioritaires en direction des femmes.

Paradoxalement, c'est à partir du moment où des traitements permettent de diminuer considérablement le préjudice de santé entraîné par une contamination par le VIH et où le pronostic vital s'inverse que se développent les recours judiciaires. Il se pourrait cependant que ces progrès, précisément, aient favorisé l'émergence des recours en justice sur le plan des perceptions et représentations symboliques de la maladie. Pour qui pensait la contamination en termes de coupables et de victimes, le caractère fatal de la maladie pouvait représenter, sinon une forme de justice immanente, puisqu'il demeurerait injuste que la victime subisse le même sort que le coupable, du moins la certitude de la sanction du coupable, promis à la souffrance et à la mort. La question de demander justice se pose ainsi à partir du moment où la maladie cesse de signifier une mort proche et certaine.

La faible prise en compte des femmes hors groupes à forte exposition au risque dans la réponse à l'épidémie représente un autre élément essentiel du contexte qui voit émerger les premiers recours en justice. Ceux-ci sont en effet portés par quelques femmes qui se mobilisent en marge du monde associatif historique de la lutte contre le VIH et sur des bases qui marquent une rupture profonde avec la culture de cette lutte.

LES QUESTIONS POSÉES AU MODÈLE HISTORIQUE DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

En 2003, à Marseille, un petit groupe de femmes séropositives s'organise au sein d'une association, « Femmes positives ». Elles ont en commun d'avoir été contaminées dans le cadre d'une relation de couple stable par un partenaire qui avait connaissance de sa séropositivité et la leur a dissimulée. La démarche judiciaire à l'encontre de leurs anciens compagnons met essentiellement deux éléments en avant. Le premier est le sentiment d'avoir été trahies, dans le cadre d'une relation de couple stable, fondée sur la confiance mutuelle, par un partenaire qui les a sciemment entretenues dans l'ignorance du risque qu'il leur faisait courir. Le second est le sentiment d'être des « ni, ni », c'est-à-dire d'avoir évolué dans une absence de conscience du risque de contamination du fait d'une non appartenance aux « groupes à risques ».⁷

La revendication de la démarche pénale a ainsi eu pour effet d'opérer une double rupture :

- En premier lieu, elle a remis en cause deux principes cardinaux sur lesquels s'était initialement constituée la réponse à l'épidémie : la solidarité entre les personnes atteintes et le refus de distinguer entre des malades « victimes », qui *auraient été* contaminés, quand d'autres, par leurs choix de vie, *se seraient* contaminés. Alors que les mobilisations de personnes atteintes avaient jusque-là affirmé la dimension politique de la crise du sida et visé les manquements et la responsabilité de la collectivité et de l'État dans le développement de l'épidémie, la démarche pénale a resitué l'enjeu sur le terrain de la responsabilité individuelle, et conduit à opposer des malades à d'autres malades. Du point de vue pénal, la responsabilité est par nature indivisible et l'effet du procès est de signifier, avec la solennité de la loi, qu'une transmission du virus implique un coupable.
- En second lieu, la démarche judiciaire, par la réduction des enjeux de la transmission à la dimension de la responsabilité pénale, a brisé la fiction utile sur laquelle s'était construit le paradigme préventif initialement développé face au VIH/sida, qui postulait une position égale des partenaires, sans égard pour leur statut sérologique respectif, face à l'impératif de protéger leurs relations sexuelles. Les femmes engagées dans des recours judiciaires ont révélé que, en population majoritaire éloignée des enjeux du VIH, cette égalité de principe restait inaudible, et illusoire quant à l'idéal démocratique qu'elle suppose dans les relations entre les partenaires.

Le positionnement de l'association « Femmes Positives » et la démarche judiciaire qu'elle promeut ne concernent cependant qu'une minorité de femmes séropositives. Dans le même temps, des femmes séropositives, qui s'organisent au sein des principales associations de lutte contre le sida ou en partenariat avec des associations féministes, expriment leur refus de la démarche pénale.

QUI RECOURT À LA RÉPONSE PÉNALE ?

Les données recueillies sur les 23 prévenus et les 34 victimes parties aux procédures judiciaires permettent d'établir leur appartenance aux groupes socio-épidémiologiques classiquement distingués dans l'épidémiologie du VIH.⁴ Les profils des personnes impliquées dans les affaires révèlent quatre caractéristiques principales des recours judiciaires :

- Une **nette surreprésentation des affaires concernant des cas de transmission hétérosexuelle du virus**, retrouvée dans plus des trois quart des procédures, par rapport à la part de ce mode de transmission dans l'épidémie. Inversement, les cas de transmission homosexuelle apparaissent sous-représentés. Alors que près de 45% des personnes suivies pour le VIH en France en 2011 sont des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH)⁸, ceux-ci ne sont impliqués qu'en proportion moitié moindre dans les affaires.
- Une **partition par sexe extrêmement marquée entre auteurs et victimes** dans les affaires de transmission hétérosexuelle : à seulement deux exceptions près, les prévenus sont des hommes et les plaignantes des femmes.
- Une **sous-représentation importante des personnes immigrées originaires d'Afrique subsaharienne** dans les procédures en regard de leur part importante dans l'épidémie chez les hétérosexuels. Les hommes hétérosexuels mis en cause ne sont que pour un quart d'entre eux des immigrés d'Afrique subsaharienne alors qu'ils représentent 40% des hommes hétérosexuels pris en charge en France pour le VIH. De manière encore plus saillante, les femmes immigrées d'Afrique subsahariennes sont quasi absentes parmi les femmes plaignantes (1 sur 26), quand elles représentent 54% des femmes hétérosexuelles prises en charge pour le VIH en France.⁹
- Les **circonstances des contaminations incriminées sont, dans la quasi-totalité des affaires, des relations de couple**, ou du moins conçues et perçues comme telles par les victimes. Dans de rares cas, il s'agit de couples mariés ; le plus souvent, de relations de concubinage ou en tout cas caractérisées par une certaine stabilité et durée. Les affaires impliquant des relations entre hommes procèdent de la même configuration. Les plaignants sont le plus souvent des hommes investissant une forte valeur dans la relation de couple et assez éloignés des scènes homosexuelles privilégiant des cultures sexuelles multipartenaires.

Il existe donc un décalage sensible entre les profils des personnes impliquées dans les affaires et la structure de la population vivant avec le VIH. Paradoxalement, la plupart des prévenus, et plus encore des victimes, n'appartiennent pas aux groupes de population les plus touchés par l'épidémie et sont issus de la population majoritaire, au sein de laquelle la prévalence du VIH est faible. Cette spécificité signale l'enjeu de poursuivre les actions en prévention au bénéfice de la population générale, en complément des actions menées auprès des PVVIH et des groupes les plus exposés au risque de transmission. Compte tenu de leur rôle historique et de leur place centrale dans les dispositifs de prévention, les associations de lutte contre le VIH/sida doivent pouvoir contribuer à offrir une réponse adaptée en tenant compte des caractéristiques des publics concernés par le recours à la réponse pénale. [Cf. **Recommandations** : *Rappels 1 et 3*, p. 18, *Recommandation 4*, p. 19]

III. LES EFFETS DE LA PRATIQUE JUDICIAIRE AU REGARD DES PRINCIPES ET OBJECTIFS DE LA JUSTICE PÉNALE

LES ENJEUX D'UNE PROCÉDURE ÉQUITABLE

Dans les affaires de transmission ou d'exposition au risque de transmission du VIH, le caractère sexuel et affectif des liens ayant précédemment uni les parties et l'exposition de détails extrêmement intimes qu'implique l'investigation des faits contribuent à une prégnance particulière de la dimension émotionnelle au cours de la procédure, tout particulièrement lors du procès. Le jeu des représentations sociales attachées à la contamination par le VIH contribue également à lester ces affaires d'un poids symbolique et moral particulier, que la médiatisation vient, dans certains cas, encore renforcer.

Or, l'instruction des affaires de ce type revêt une complexité technique indéniable compte tenu des difficultés à investiguer et prouver des faits de transmission du virus d'une personne à une autre. Il est donc essentiel, pour l'équité de la procédure et le respect des droits des personnes mises en cause, que celles-ci bénéficient d'une instruction rigoureuse, impartiale et de qualité. L'observation de différentes affaires révèle plusieurs difficultés.

LES CONDITIONS D'UNE INSTRUCTION DE QUALITÉ

Les opérations d'enquête conduites par les officiers de police judiciaire dans le cadre de l'information judiciaire constituent une étape particulièrement délicate de la procédure. L'investigation de faits présumés d'exposition et/ou de transmission du VIH implique d'une part d'explorer l'histoire médicale respective des parties, et d'autre part de chercher à connaître les comportements sexuels ainsi qu'à dater les relations sexuelles du prévenu avec la victime et, le cas échéant, avec d'autres partenaires. La chronologie des rapports et les détails des pratiques sexuelles impliquées ainsi que des mesures de réduction du risque de transmission éventuellement mises en œuvres constituent autant d'éléments dont la portée peut s'avérer ensuite décisive pour soutenir ou mettre en doute l'imputabilité de la transmission ou de l'exposition au risque.

Il apparaît donc indispensable que les enquêteurs en charge de rechercher et interroger les partenaires et ex-partenaires du prévenu et/ou le cas échéant de la victime disposent d'une base de connaissances correctes et actualisées relativement à l'infection par le VIH, ses modes de transmission et les moyens de prévention. Un travail d'enquête guidé ou influencé par certains préjugés ou des présupposés scientifiquement erronés de la part des enquêteurs ou du magistrat instructeur peut conduire à fonder l'accusation sur des bases discutables, ou, inversement, à méconnaître l'utilité d'engager certaines investigations ou expertises.

Le recueil d'informations à caractère médical et leur exploitation dans le cadre de l'instruction constitue un point particulièrement sensible. Un cas a par exemple été rapporté faisant état de tentatives des services de police d'obtenir du médecin d'une personne mise en cause la communication « informelle » d'informations médicales la concernant, telle que la date depuis laquelle celle-ci avait connaissance de sa séropositivité.⁹ Une telle pratique est sans équivoque illégale, et le médecin qui consent à communiquer de telles informations enfreint la législation protégeant le secret médical. Il peut cependant se trouver démuni face ce type de demande et la pression qui l'accompagne. Il convient donc de rappeler que l'accès aux données médicales dans le cadre d'une information judiciaire est strictement encadré et relève exclusivement de procédures de saisie du dossier médical sur réquisition d'un magistrat instructeur. Seul un médecin expert mandaté est habilité à examiner le dossier et il ne peut faire état, dans le rapport qu'il verse à la procédure, que des éléments susceptibles d'éclairer le magistrat et dans la limite de la mission qui lui a été donnée.¹⁰

Il est également indispensable que les enquêteurs disposent, compte tenu du caractère très intrusif de ce type d'investigations, d'un cadre méthodologique et déontologique clair concernant l'usage d'informations relevant de la vie privée et, *a fortiori*, celles susceptibles d'être couvertes par le secret médical. Ainsi, la révélation de la séropositivité d'un prévenu par les enquêteurs à différents tiers n'est pas sans soulever des questions éthiques, concernant le prévenu comme les tiers. Concernant ces derniers, il peut s'agir de personnes découvrant par ces révélations qu'elles sont susceptibles d'avoir été exposées à un risque de contamination, posant alors la question de leur orientation vers des structures compétentes pour leur apporter une prise en charge médicale et/ou un accompagnement psycho-social adaptés. Des observations d'espèces montrent que tel n'est pas toujours le cas, et que la diffusion d'informations erronées sur le risque de transmission, les délais de séroconversion et la fiabilité des résultats de sérologies négatives ont pu générer et entretenir durablement d'inutiles angoisses chez des personnes séronégatives, non sans de probables conséquences sur leur décision de se porter partie civile dans les procédures. [Cf. **Recommandations** : *Recommandation 2*, p. 18]

L'IMPORTANCE DE LA SENSIBILISATION DES MAGISTRATS AUX ENJEUX DU VIH

La garantie d'une procédure de qualité implique, de façon générale, une prise en compte, à tous les stades, des meilleures données scientifiques et médicales disponibles relativement aux modes de transmission du VIH, aux moyens de réduire le risque de transmission (y compris par les traitements ARV), aux difficultés d'ordre social et

psychologique rencontrées par les PVVIH, aux progrès en matière de réduction des conséquences de l'infection sur la santé. Ces enjeux concernent à la fois l'administration de la preuve de la culpabilité du prévenu, mais également, si celle-ci est démontrée, l'appréciation de la gravité de la faute.

La prise en compte de ces connaissances et la compréhension des enjeux du VIH par les magistrats est essentielle pour que ceux-ci, soit en charge d'instruire, soit en charge de juger, puissent appréhender les faits et considérer les éléments qui leurs sont soumis par les parties et avec toute la rigueur méthodologique nécessaire.

Il apparaît pour cela souhaitable que les magistrats soient mieux sensibilisés aux enjeux scientifiques, mais également d'ordre social et éthique, posés par le VIH [Cf. **Recommandations** : *Recommandation 1*, p. 18]. Les dispositifs existants relevant de la formation initiale et/ou de la formation continue peuvent constituer des cadres opportuns à une telle sensibilisation. La mise à disposition de ressources permettant aux magistrats en charge de ce type d'affaire d'accéder à une information de qualité scientifique sur l'état des connaissances relatives au VIH pourrait être utilement envisagée. [Cf. **Recommandations** : *Recommandations 1 et 5*, p. 18-19]

LE RÔLE CLÉ DES AVOCATS DE LA DÉFENSE

L'un des fondements de la procédure et l'un des piliers permettant d'assurer un traitement équitable de toutes les parties est le principe du contradictoire. Il revient aux parties de veiller, tout au long de la procédure et lors du procès, à ce que l'ensemble des éléments susceptibles d'éclairer le juge soient portés à la procédure. Dans des affaires où le contexte émotionnel est généralement très défavorable au prévenu et peu propice à un examen rigoureux et approfondi des éléments les plus techniques, le rôle des avocats en défense apparaît particulièrement important s'agissant de garantir la prise en compte de connaissances relatives au VIH actualisées et objectivées par la science.

L'observation de certaines affaires jugées montre cependant que cette vigilance est inégalement assurée. Sur le plan de la caractérisation des éléments matériels de l'infraction, quelques affaires surprennent en effet par le peu de discussions soulevées par certaines incertitudes en matière d'établissement de l'imputabilité de la transmission, par l'absence de demande d'expertises complémentaires ou de contestation des conclusions tirées de l'expertise par l'accusation, méthodologiquement discutables. Plus généralement, s'agissant d'apprécier la gravité de la faute et de ses conséquences, les schémas argumentatifs et la rhétorique des débats observés dans certains procès semblent entièrement reposer, sans que la défense tente d'en contester la pertinence ou d'en déconstruire les présupposés, sur des connaissances obsolètes et stéréotypées de l'infection par le VIH et de ses conséquences, reflet de représentations archaïques de la maladie et du risque de contamination.

Compte tenu de l'importance pour les personnes mises en causes de bénéficier d'une défense compétente, il apparaît nécessaire que les avocats puissent disposer de ressources auxquelles recourir pour s'assurer une maîtrise suffisante de l'information scientifique et technique requise et des enjeux spécifiques liés à l'infection par le VIH. [Cf. **Recommandations** : *Recommandations 4 et 5*, p. 19]

LES OBJECTIFS DE LA SANCTION PÉNALE

Le code pénal spécifie, aux termes de l'article 130-1, que la peine a pour finalité « *d'assurer la protection de la société, de prévenir la commission de nouvelles infractions et de restaurer l'équilibre social, dans le respect des intérêts de la victime* ». À cet effet, le même article assigne à la peine la double fonction, d'une part, de sanctionner l'auteur de l'infraction, d'autre part de favoriser son amendement, son insertion ou sa réinsertion.

La peine, dans les limites fixées par la loi pour l'infraction concernée, doit être proportionnée à la faute commise et individualisée. Pour déterminer la nature, le quantum et le régime des peines prononcées, la juridiction doit tenir compte des circonstances de l'infraction, de la personnalité de son auteur ainsi que de sa situation matérielle, familiale et sociale (*Code pénal*, art. 132-1).

En l'espèce, pour des faits de transmission ou d'exposition au risque de transmission du VIH, la qualification la plus fréquente est l'ASN ayant entraîné une infirmité permanente, infraction correctionnelle punie au maximum de 10 années d'emprisonnement et de 150 000€ d'amende. En cas de qualification criminelle du fait de circonstances aggravantes, la peine encourue passe à 15 ans de réclusion criminelle.

Dans ces limites, de nombreux éléments sont susceptibles d'être pris en compte, au titre des circonstances de l'infraction et/ou de la personnalité de l'auteur, pour fixer la peine. C'est à ce stade que doivent être appréciés, en particulier, les éléments permettant de spécifier la gravité de la faute commise, comme le nombre de victimes, la sévérité du préjudice qu'elles ont subi, le comportement du prévenu et notamment le degré d'intentionnalité, par delà la simple conscience de l'infraction, avec lequel il a agi. Si la détermination de la peine doit ainsi viser à prononcer une sanction juste, elle doit cependant être adaptée à son autre objectif de contribuer efficacement à la réinsertion sociale du condamné et à la prévention de la récidive. L'observation de la pratique pénale révèle les tensions existant entre ces deux objectifs et met en question l'équilibre qui a jusqu'ici prévalu.

LES PEINES DE PRISON FERME PRÉDOMINENT DANS LES AFFAIRES DE TRANSMISSION DU VIH

Parmi les 23 procédures jugées recensées en France, la majorité des cas relevait d'une juridiction correctionnelle et seuls 5 d'une juridiction d'assises.

Les peines effectivement prononcées montrent que la prison constitue la peine de référence, puisque le choix des tribunaux s'est systématiquement porté sur des peines d'emprisonnement, d'une durée d'une à douze années. Les peines inférieures ou égales à cinq ans prédominent largement, dans 18 cas sur 23, ouvrant aux juridictions la possibilité d'assortir la peine de sursis partiel ou total ainsi que, dans certains cas et selon les modalités propres à ces dispositions, diverses possibilités d'aménagements de peines alternatives à l'incarcération.

Il apparaît cependant que l'incarcération effective pour tout ou partie de la peine demeure la règle presque générale, un sursis intégral n'ayant été prononcé que dans 3 condamnations sur 18. Si des mesures de sursis partiel sont prononcées dans près d'une dizaine de cas, le recours aux mesures d'aménagement de la partie ferme, telles que le sursis avec mise à l'épreuve, le cas échéant assorti d'obligations de suivi socio-psychologique spécifiques, ou encore le placement sous surveillance par bracelet électronique, demeure l'exception. Toutes peines confondues, sur 23 condamnés, 19 ont donc effectué une période d'incarcération.⁴

L'INCARCÉRATION NE CONSTITUE PAS UNE RÉPONSE PÉNALE ADAPTÉE SUR LES PLANS DE LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE, DE LA RÉINSERTION ET DE LA PRÉVENTION DE LA RÉCIDIVE

Si la condamnation à la prison marque de façon particulièrement forte la réprobation de la société à l'égard du comportement incriminé, le caractère quasi systématique du recours à l'emprisonnement ferme interroge quant à l'équilibre entre la fonction de sanction de la peine et celle de favoriser la réinsertion du condamné et la prévention de la récidive.

Certains jugements invoquent ainsi, pour motiver des peines d'emprisonnement ferme, la nécessité de l'incarcération du condamné pour l'empêcher de nuire. Il convient de souligner que l'incarcération n'est pas en soi un moyen de limiter la diffusion du VIH. Il est au contraire démontré que la prison est un lieu de pratiques à risque élevé de transmission, soit par l'usage de drogues injectables, soit par les relations sexuelles, dans des conditions de clandestinité de ces pratiques et/ou de rapports de force entre détenus particulièrement peu favorables à la mise en œuvre d'une prévention.¹¹

De même, l'effet dissuasif plus généralement escompté des peines de prison apparaît incertain. La dissuasion suppose en effet une démarche rationnelle et maîtrisée d'arbitrage entre l'avantage procuré par le comportement délictueux et le risque d'être condamné et emprisonné. Or les déterminants des prises de risque sexuel s'avèrent complexes et la part de rationalité des comportements incriminés apparaît faible dans la plupart des affaires.

L'objectif de modifier les comportements à risque de transmission relève donc davantage de l'éducation à la prévention et de l'accompagnement psychosocial de la personne, qui doit lui permettre d'effectuer un travail sur son rapport à la séropositivité au VIH, de comprendre les causes de son comportement à risque et de s'approprier des outils pour prévenir ces situations.

A l'opposé, le cadre carcéral présente de nombreux obstacles. En dépit des recommandations en vigueur,¹² les conditions de prise en charge médicale du VIH des personnes incarcérées s'avèrent souvent sous-optimales, l'accès à un accompagnement psychosocial adapté demeure limité ou inexistant et la confidentialité très insuffisamment garantie.¹³ L'infection par le VIH demeure un tabou en prison et il est notoire que la connaissance de la séropositivité d'un détenu l'expose fortement au risque de discriminations et de violences de la part des codétenus. L'impératif de maintenir le secret impose notamment aux détenus séropositifs de ne prendre leur traitement qu'à l'insu de leur codétenus, ce qui n'est pas sans conséquence sur l'observance et encourage la dissimulation. La vulnérabilité des détenus condamnés pour transmission du VIH apparaît en outre exacerbée par le fait qu'ils sont assimilés, dans la hiérarchie sociale du milieu carcéral, à la catégorie des « pointeurs ».

LE RECOURS AUX PEINES ET AUX DISPOSITIFS ALTERNATIFS À L'INCARCÉRATION DOIT ÊTRE FAVORISÉ

Dans la période récente, le législateur a marqué sa volonté d'améliorer l'efficacité de la prévention de la récidive en favorisant la réinsertion. Diverses dispositions permettant notamment, dans certaines conditions, de privilégier les peines alternatives à l'emprisonnement, ont été renforcées.

En matière correctionnelle, concernant donc l'essentiel des procédures pour transmission ou exposition au risque de transmission du VIH, la loi du 15 août 2014 dispose en particulier le principe qu'une peine d'emprisonnement sans sursis « ne peut être prononcée qu'en dernier recours si la gravité de l'infraction et la personnalité de son auteur

rendent cette peine nécessaire et si toute autre sanction est manifestement inadéquate ». (*Code pénal*, article 132-19)

La loi dispose en outre que dans le cas où le recours à une peine d'emprisonnement est jugée nécessaire, les mesures d'aménagement de la peine doivent être privilégiées dès lors que la situation du condamné le permet, et sous réserve d'impossibilité matérielle. Ces mesures d'aménagement comprennent, en fonction du quantum de la peine d'emprisonnement prononcée et de diverses conditions, différents régimes d'exécution de la peine tels que la semi-liberté, le placement à l'extérieur, le placement sous surveillance électronique, le fractionnement de la peine.¹⁴

De façon plus générale, le principe d'individualisation de la peine est renforcé et orienté par l'intérêt de déterminer la nature et le quantum des peines en fonction de l'efficacité sociale qui peut en être attendue en termes de réhabilitation du condamné et de prévention de la récidive.

Ces évolutions constituent un cadre favorable à un recours moins systématique des juridictions aux peines de prison, au profit d'une réponse pénale plus équilibrée et mieux ajustée aux enjeux spécifiques que posent les infractions liées aux comportements à risque de transmission du VIH. [Cf. *Recommandations : Recommandation 3*, p. 18]

IV. LES STRATÉGIES DE SANTÉ PUBLIQUE À L'ÉPREUVE DE LA LOGIQUE PÉNALE

SANTÉ INDIVIDUELLE ET SANTÉ PUBLIQUE : ENJEUX ET STRATÉGIES ACTUELS D'UNE PRÉVENTION EFFICACE

Les traitements efficaces de l'infection par le VIH ont transformé depuis plus de quinze ans la maladie, à l'origine rapidement mortelle, en une pathologie chronique qui permet à la plupart des personnes atteintes de mener une vie quasi-normale. L'épidémie demeure cependant active, avec un nombre de nouvelles contaminations, de l'ordre de 7000 à 8000 chaque année en France, qui ne fléchit pas.

La prévention de la transmission représente donc l'objectif de santé publique principal en matière de lutte contre le VIH, mais ses stratégies se sont profondément renouvelées et de nouveaux outils préventifs, de nature biomédicale, sont apparus. Ceux-ci permettent le développement de stratégies alternatives et complémentaires à la seule utilisation du préservatif, qui, du fait de la non-diminution des contaminations, a montré ses limites. Ces stratégies reposent principalement sur le rôle préventif que peuvent jouer, d'une part, le dépistage de l'infection, et d'autre part le traitement antirétroviral.¹⁵

Le dépistage a un impact favorable sur les comportements. Il a été montré qu'une personne qui se sait infectée diminue ses pratiques à risque.¹⁶ En outre, le dépistage est l'étape qui conditionne l'accès à la prise en charge médicale et au traitement. L'amélioration du dépistage constitue un enjeu crucial dans un contexte épidémiologique où environ une personne infectée par le VIH sur cinq, soit près de 30 000 personnes en France, ignore son infection, et où l'on estime que ces personnes sont à l'origine de près des deux tiers des nouvelles contaminations.⁶

Outre son intérêt thérapeutique, la mise sous traitement antirétroviral, aujourd'hui recommandée quel que soit le stade de l'infection, a pour effet de réduire très fortement le risque de transmission du virus.¹⁷ Le traitement antirétroviral est devenu un outil reconnu de la prévention, au même titre que les recommandations comportementales et en complément de celles-ci. Sur le plan individuel, l'efficacité préventive du traitement suppose une excellente observance. L'existence d'un risque résiduel de transmission, bien que très faible, ne peut être exclue, pas plus cependant que dans le cas de l'utilisation du préservatif. En termes de santé publique, l'élargissement de la couverture par le traitement des personnes infectées est considéré comme un levier essentiel pour obtenir une baisse de l'incidence des contaminations au sein de la population et parvenir à terme à contrôler l'épidémie.¹⁸ Par ailleurs, le traitement antirétroviral a également fait récemment la preuve de son efficacité préventive quand il est pris par certaines personnes non-infectées fortement exposées au risque.¹⁹

APPROCHE PÉNALE ET APPROCHE DE SANTÉ PUBLIQUE : POINTS DE CONVERGENCE ET RISQUES DE CONTRADICTION

La justice pénale et l'action en santé publique concourent, chacune selon son objet et dans son domaine propre, à la protection de la société et des citoyens. Elles ont en commun de produire, dans leurs systèmes et selon leurs finalités respectives, des normes visant à réguler les comportements. Des contradictions peuvent cependant apparaître entre ces normes et les interactions entre les logiques du droit et celles de l'action en santé, risquant alors de produire des effets contraires et de brouiller les messages.

LE RISQUE PÉNAL NE SEMBLE PAS AVOIR D'IMPACT SIGNIFICATIF SUR LES COMPORTEMENTS DE PROTECTION ET DE DÉPISTAGE

Même si ce n'est pas son objet, le droit pénal interfère dans la prévention du VIH en définissant *de facto*, à travers les comportements qu'il sanctionne, une norme préventive précise à l'intention des PVVIH. Celle-ci peut se résumer par la nécessité faite à toute personne se sachant porteuse du virus, sous peine de voir sa responsabilité pénale engagée, de protéger systématiquement, *a priori* par l'utilisation du préservatif, les relations sexuelles qu'elle engage avec des partenaires non-infectés.

Le risque pénal peut potentiellement avoir un effet positif, convergent avec les objectifs et stratégies de santé publique, s'il s'avère que la connaissance du risque pénal contribue à dissuader les comportements à risque des PVVIH. Inversement, un effet contreproductif ne peut être écarté, s'il apparaît au contraire que le risque pénal incite les personnes qui prennent des risques à ne pas se dépister, croyant ainsi éviter de voir leur responsabilité pénale engagée.

Plusieurs considérations et données tendent à montrer l'absence d'impact significatif de la menace de sanction sur les comportements à risque des PVVIH.

Sur un plan simplement descriptif, force est de constater tout d'abord qu'une proportion non négligeable des PVVIH ne se conforme pas, quelles qu'en soient les raisons, à la norme de protection systématique des relations sexuelles par le préservatif (Cf. Encadré 4). Il est au demeurant admis que les comportements en matière de sexualité sont

déterminés par de multiples facteurs et n'obéissent pas entièrement à la rationalité. La crainte de la sanction ne peut tout au plus représenter qu'un facteur parmi d'autres. En outre, la motivation à adopter un comportement de protection, qu'elle résulte de la peur de conséquences pénales ou de toute autre raison, à commencer par celle de souhaiter ne pas nuire à son partenaire, n'implique pas automatiquement la capacité à le mettre en œuvre, y compris dans un couple stable, au sein duquel la négociation du préservatif peut être difficile.

Encadré 4 : L'utilisation du préservatif par les personnes vivant avec le VIH

Au sein des couples sérodifférents, la proportion des personnes séropositives déclarant ne pas toujours utiliser le préservatif avec leur partenaire séronégatif pour des pratiques de pénétration est de 21% parmi les HSH, de 21% parmi les hommes hétérosexuels, et 36% chez les femmes hétérosexuelles.

Les relations avec un(e) partenaire occasionnel(le) apparaissent plus fréquemment protégées ; mais l'absence d'utilisation du préservatif avec le dernier partenaire occasionnel séronégatif est néanmoins alléguée par 9% des HSH séropositifs et 12% des hétérosexuels séropositifs, hommes et femmes.²⁰

Pour que le risque pénal exerce un effet dissuasif, encore faut-il qu'il soit connu des PVVIH, et surtout compris. Les études sur l'impact du risque pénal sur les comportements sont rares et peu extrapolables en raison des contextes législatifs propres aux pays où elles ont été conduites. Elles montrent cependant souvent une méconnaissance du risque pénal par les PVVIH et une incompréhension des éléments qui constituent ce risque, ce qui limite en soi sa portée.

En France, les données de l'enquête ANRS-Vespa2 montrent que parmi les personnes suivies pour le VIH à l'hôpital en 2011, 7 sur 10 savent que des personnes atteintes par le VIH ont été condamnées pour la contamination de leur partenaire. Cette information représente un sujet d'inquiétude pour plus de la moitié d'entre elles (56,4%).³ La connaissance en généralité de l'existence d'un risque pénal apparaît donc largement partagée, sans impliquer toutefois une connaissance des conditions précises de ce risque. L'inquiétude éprouvée ne reflète d'ailleurs pas la réalité de la pratique pénale. Ainsi, elle s'avère beaucoup plus marquée chez les migrants d'origine sub-saharienne, alors que cette catégorie est fortement sous-représentée dans les affaires pénales. L'inquiétude face au risque pénal n'apparaît significativement associée qu'à deux facteurs : d'une part le fait de vivre dans des conditions précaires, d'autre part le fait d'avoir des relations sexuelles non protégées par le préservatif avec le partenaire principal. Ce second facteur suggère que l'absence de protection par le préservatif au sein du couple est correctement perçue et interprétée par les personnes concernées comme un élément qui les expose au risque pénal. Pour autant, il montre *a contrario* que cette conscience de s'exposer au risque pénal ne suffit pas, chez ces personnes, à ce qu'elles modifient leur comportement préventif.

Concernant l'hypothèse d'un effet désincitatif du risque pénal sur le dépistage, peu d'éléments permettent de l'argumenter. On ne dispose pas de données en France et les études conduites à l'étranger sont rares, de portée limitée et correspondant à des contextes légaux différents. S'il ne peut être exclu, à l'échelle individuelle, que certaines personnes ayant une sexualité à risque évitent de recourir au dépistage pour se soustraire au risque pénal, rien n'indique que ce comportement soit fréquent, ni susceptible d'avoir un impact mesurable sur les pratiques de recours au dépistage.

LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES ET LES STÉRÉOTYPES VÉHICULÉS PAR LES AFFAIRES PÉNALES ENTRENT EN CONTRADICTION AVEC LES MESSAGES DE PRÉVENTION

L'enjeu des politiques de prévention ne se limite pas à promouvoir des comportements préventifs efficaces, il consiste aussi à lutter contre un ensemble de freins structurels qui entretiennent un environnement défavorable et limitent la capacité des personnes à les mettre en œuvre.

En matière de prévention de la transmission du VIH, la persistance de représentations fausses ou dépassées de la maladie et du risque, la stigmatisation des personnes atteintes, les attitudes de rejet et les discriminations à leur égard demeurent des obstacles majeurs. Ils contribuent en particulier à rendre difficile la révélation de la séropositivité au partenaire. Or l'absence de partage de l'information sur le statut sérologique entre partenaires, en particulier dans le cadre d'une relation régulière ou de couple, n'est pas favorable à la mise en œuvre, ni surtout au maintien durable, d'une protection efficace.

À cet égard, la publicité faite aux affaires pénales est propice à la diffusion d'informations approximatives ou erronées sur le VIH et à l'exacerbation de la stigmatisation des personnes atteintes. La couverture médiatique des procès privilégie le plus souvent l'émotion au détriment de l'analyse et conduit à une simplification de situations complexes. Le cas particulier de l'accusé et de son comportement tend à prendre valeur de généralité et à projeter une image très négative sur l'ensemble des PVVIH.

Plus fondamentalement, le procès pénal conduit à identifier un coupable de la transmission. Si cela est parfaitement cohérent sur le plan du droit, il en résulte un message contre-productif sur le plan du discours de prévention. En produisant une lecture du risque de contamination réduite aux catégories binaires de coupable et victime, les affaires pénales entretiennent l'idée que la prévention doit entièrement reposer sur les personnes séropositives, ce qui dessert l'objectif poursuivi en santé publique d'inciter les personnes séronégatives à s'engager dans une démarche autonome de réduction des risques. [Cf. *Recommandations : Rappels 1 à 3*, p. 18, *Recommandation 4*, p. 19]

L'ENJEU DE LA NOTION DE RELATION PROTÉGÉE À L'ÈRE DES TRAITEMENTS EFFICACES DU VIH

L'incertitude qui existe actuellement sur la manière dont la justice pourrait considérer l'usage du traitement antirétroviral comme un moyen de protéger les relations sexuelles constitue un sujet de préoccupation. Il n'est guère douteux que les tribunaux auront à l'avenir à trancher de tels cas.

D'un point de vue de santé publique, la persistance de l'activité épidémique a montré les limites d'un modèle de prévention exclusivement fondé sur la promotion de l'usage du préservatif. C'est pourquoi le discours sur la prévention a évolué, pour associer à la prévention comportementale une prévention biomédicale reposant sur le dépistage et le traitement.

Une interprétation par les tribunaux de la notion de relation protégée qui exclurait le traitement pour ne retenir que l'usage du préservatif, si elle advenait, compromettrait le développement de ces nouvelles stratégies de prévention dont l'efficacité est aujourd'hui démontrée. [Cf. *Recommandations : Alerte 2*, p. 19]

RECOMMANDATIONS

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

1. Les situations d'exposition au risque de transmission du VIH et la survenue de transmissions du virus lors de relations sexuelles représentent, fondamentalement, des situations d'échec de la prévention. Le risque pénal encouru par les PVVIH représente une conséquence de ces échecs.

En ce sens, et dans la continuité des préconisations qu'il a émises en 2006, le Conseil national du sida rappelle que le renforcement de la capacité des personnes à mettre œuvre une prévention effective du risque de transmission du VIH demeure le premier levier pour **prévenir le risque pénal**.

2. La justice pénale et l'action en santé publique participent, par leurs moyens respectifs, des fonctions protectrices de l'État à l'égard des citoyens. Toutes deux sont productrices, dans leurs systèmes et selon leurs finalités respectives, de normes visant à réguler les comportements. Il est essentiel de **limiter les contradictions éventuelles entre les normes produites par la justice pénale et celles produites par les acteurs de santé publique**, afin de ne pas brouiller les messages véhiculés.

3. Le respect des droits de la victime à demander sanction de l'infraction et réparation du préjudice subi, ainsi que le respect des droits du mis en cause à bénéficier d'une procédure équitable et, le cas échéant, d'une sanction juste et d'une peine adaptée, exigent notamment :

- de garantir à tous les stades de la procédure la **prise en compte des meilleures données scientifiques et médicales disponibles** relativement aux modes de transmission, à la prévention et au traitement du VIH, incluant notamment les effets préventifs du traitement ;
- de garantir que l'**objectif de réinsertion sociale et de prévention de la récurrence** soit pris en compte dans le choix de la nature et du quantum de la peine prononcée, si la culpabilité du mis en cause est retenue.

EN CONSÉQUENCE, LE CONSEIL NATIONAL DU SIDA :

- RAPPELLE :

1. l'impératif de poursuivre et renforcer la lutte contre la stigmatisation et la discrimination rencontrées par les personnes vivant avec le VIH dans leur vie privée, sociale et professionnelle ;
2. la nécessité de mettre en œuvre l'ensemble des recommandations qu'il a émises, à travers ses Avis, relatives à l'amélioration de l'efficacité des stratégies et offres de prévention et de dépistage ;
3. l'enjeu de redéfinir et renforcer l'action en prévention au bénéfice de la population générale, au-delà des groupes traditionnellement ciblés, ainsi que de renforcer la promotion de la prévention auprès des PVVIH.

- RECOMMANDE :

1. pour contribuer à une meilleure information des juges dans les procédures engagées pour transmission ou exposition au risque de transmission du VIH, de promouvoir des actions de formation initiale et continue aux enjeux du VIH auprès des auditeurs de justice et des magistrats, dans le cadre des formations initiées et dispensées par l'École nationale de la magistrature. À cet égard, le Conseil national du sida souligne l'opportunité d'une intégration des enjeux du VIH dans les programmes de formation, en tenant compte des objectifs et des modalités de la formation présentés dans l'Avis n°4 du Conseil consultatif de juges européens du Conseil de l'Europe sur la formation initiale et continue appropriée des juges aux niveaux national et européen ;
2. pour conforter la qualité des enquêtes de police judiciaire menées préalablement aux procédures précitées, **de promouvoir des actions de formation aux enjeux du VIH en direction des officiers et futurs officiers de police judiciaires**, dans le cadre de la formation initiale et continue dispensée par l'École nationale supérieure de police et le Centre national de formation de police judiciaire, placés sous la tutelle du ministre de l'intérieur ;
3. pour prévenir la récurrence, permettre l'insertion et la réinsertion des personnes condamnées pour transmission ou exposition au risque de transmission du VIH et améliorer leur accompagnement, **d'appliquer des peines alternatives aux peines de privation de liberté**, conformément aux objectifs de la loi du n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales et en tenant compte, pour les enjeux du VIH, des principes énoncés par le Conseil de l'Europe dans sa recommandation n° R(99)22 concernant le surpeuplement des prisons et l'inflation carcérale. Des sanctions de surveillance qui incluent un accompagnement social (mesure de sursis avec mise à l'épreuve, placement sous surveillance électronique, mesure de semi-liberté, mesure de suivi socio-judiciaire, contrainte pénale) et des sanctions citoyennes (travail d'intérêt général), devraient

être préférées à des mesures de privation de liberté, sous réserve de satisfaire aux conditions de quantum de la peine.

4. pour favoriser la prévention du risque pénal lié à la transmission ou à l'exposition au risque de transmission du VIH,

- *aux associations de lutte contre le VIH/sida, de contribuer à une meilleure prise en compte des enjeux relatifs au recours à la justice pénale par l'ensemble des personnes et publics concernés ;*
- *aux pouvoirs publics, de soutenir les actions visant à l'information sur les droits et responsabilités juridiques des personnes vivant avec le VIH.* Ces actions doivent reposer sur la communication et la diffusion d'informations de sensibilisation juridique adaptées, auprès des PVVIH, des médecins les prenant en charge et de l'ensemble des acteurs sanitaires, non sanitaires et associatifs concernés. Ces actions doivent par ailleurs permettre de renforcer l'accompagnement des personnes concernées, dans le cadre des actions de prévention du VIH ainsi que de la plateforme associative d'assistance à distance en matière juridique Sida Info Droits.
- *aux pouvoirs publics et aux associations de lutte contre le VIH/sida, de promouvoir les actions de lutte contre la stigmatisation et la discrimination rencontrées par les personnes vivant avec le VIH et les actions de prévention auprès de la population générale.*

5. pour permettre un accès large et adapté à des informations juridiques et scientifiques à jour et de qualité sur la pénalisation de la transmission et l'exposition au risque de transmission du VIH,

- *au ministère de la Justice, de se doter d'un instrument de suivi des jugements rendus sur le territoire national et de documenter les caractéristiques des procédures afférentes ;*
- *aux autorités publiques compétentes, de susciter la création d'une mission chargée de la conception et de la mise à disposition d'outils d'information adaptés aux professionnels et personnes concernés :* professionnels du droit et de l'enquête judiciaire (écoles de formations, conseil national du barreau), professionnels en charge de l'expertise judiciaire (conseil national des compagnies d'experts de justice), professionnels de santé et du champ médico-social, associations de lutte contre le VIH/sida, personnes vivant avec le VIH. À titre complémentaire, la mission pourra contribuer, au niveau international, à l'information des Nations-Unies sur la pénalisation du VIH/sida.

- ALERTE :

les pouvoirs publics,

les professionnels de la justice et du droit,

les professionnels de santé et du champ médico-social intervenant dans les domaines du VIH et des IST et plus généralement dans une approche globale de santé sexuelle,

les acteurs de la lutte contre le VIH/sida,

les personnes vivant avec le VIH,

et plus généralement l'ensemble de la population sexuellement active,

1. sur l'augmentation récente du nombre d'affaires jugées et sur l'extension du champ des actes répréhensibles au titre de l'ASN qui accroît le risque pénal des personnes vivant avec le VIH. Toute personne séropositive au VIH qui entreprend une relation sexuelle non protégée avec un ou une partenaire non infectée et qui agit en connaissance de ce risque est passible de poursuites pénales, qu'il y ait ou non transmission du virus ;

2. sur la situation préoccupante des PVVIH qui, dans le cadre de leur relation sexuelle, mettent en œuvre d'autres moyens de protection et ne recourent pas systématiquement au préservatif. Il ne peut être garanti que les autres moyens de protection puissent être retenus comme recevables dans le cadre d'une procédure pour transmission ou exposition au risque de transmission du VIH. Cette incertitude juridique est susceptible de compromettre les stratégies de prévention des PVVIH et la recommandation d'initiation d'un traitement ARV à des fins de prévention de la transmission du VIH. Ces stratégies de prévention ont été préconisées par le Conseil national du sida dans son Avis suivi de recommandations sur l'intérêt du traitement comme outil novateur de la lutte contre l'épidémie d'infections à VIH, et sont promue par le Rapport national d'experts 2013 sur la prise en charge médicale des PVVIH.

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS

N°	Objectifs	Recommandations	Autorités compétentes et/ou cibles des recommandations
1	Contribuer à une meilleure information des juges	Promouvoir des actions de formation initiale et continue aux enjeux du VIH auprès des auditeurs de justice et des magistrats	École nationale de la magistrature
2	Conforter la qualité des enquêtes de police judiciaire	Promouvoir des actions de formation aux enjeux du VIH en direction des officiers et futurs officiers de police judiciaire	Ministère de l'Intérieur
3	Prévenir la récidive, permettre l'insertion et la réinsertion des personnes condamnées et améliorer leur accompagnement	Appliquer des peines alternatives aux peines de privation de liberté	Ministère de la Justice
4	Favoriser la prévention du risque pénal	Contribuer à une meilleure prise en compte des enjeux relatifs au recours à la justice pénale par l'ensemble des personnes et publics concernés	Associations de lutte contre le VIH/sida
		Soutenir des actions visant à l'information sur les droits et responsabilités juridiques des PVVIH et renforcer l'accompagnement des personnes concernées	Ministère de la Santé INPES
		Promouvoir les actions de lutte contre la stigmatisation et la discrimination rencontrées par les personnes vivant avec le VIH et les actions de prévention auprès de la population générale	Ministère de la Santé, ARS, INPES Autres ministères compétents Associations de lutte contre le VIH/sida
5	Permettre un accès à des informations juridiques et scientifiques à jour et de qualité	Se doter d'un instrument de suivi des jugements rendus sur le territoire national et documenter les caractéristiques des procédures afférentes	Ministère de la Justice
		Susciter la création d'une mission chargée de la conception et de la mise à disposition d'outils d'information adaptés aux professionnels et personnes concernés	Interministériel Santé - Justice

REMERCIEMENTS

Le Conseil remercie vivement les personnes qui ont bien voulu apporter leur contribution à sa réflexion dans le cadre de ses auditions :

- 16.10.2014 ■ **Patrick Eba** – Conseiller en Droits de l'Homme et VIH, ONUSIDA, Genève

- 14.11.2014 ■ **Christophe Bass** – Avocat au barreau de Marseille
 ■ **Interassociatif Femmes & VIH** – Cosette Gil (Actif Santé, association membre de l'Interassociatif)

- 21.11.2014 ■ **Eric Morain** – Avocat au barreau de Paris

- 04.12.2014 ■ **Ministère de la Justice – Direction des affaires criminelles et des grâces** – Olivier Christen (Sous-directeur de la justice pénale spécialisée), Raphaëlle Bove (Bureau de la santé publique, du droit social et de l'environnement)

- 12.12.2014 ■ **Association Femmes positives** – Barbara Wagner (Présidente), Yann Prevost (Avocat au barreau de Marseille, conseil de l'association)

Le Conseil national du sida remercie particulièrement Madame la Garde des Sceaux, ministre de la Justice, ainsi que ses services, notamment la Direction des affaires criminelles et des grâces, pour le concours qu'ils ont apporté aux travaux du Conseil en matière de documentation et d'analyse de la jurisprudence des affaires pénales relatives à la transmission du VIH.

RÉFÉRENCES

- ¹ Conseil national du sida, *Avis sur la pénalisation de la transmission sexuelle du VIH*, 27 avril 2006, <http://www.cns.sante.fr/spip.php?article251>
- ² UNAIDS, *Ending overly broad criminalisation of HIV non-disclosure, exposure and transmission: Critical scientific, medical and legal considerations*, Guidance Note, 2013. [version française du document à paraître] http://www.unaids.org/fr/resources/documents/2013/20130530_Guidance_Ending_Criminalisation ; Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) / Commission mondiale sur le VIH et la loi, *VIH et le Droit : risques, droits et santé*, Rapport, 2012, <http://www.hivlawcommission.org/index.php/report>
- ³ Données de l'enquête ANRS-Vespa2, communication personnelle de M. Suzan-Monti.
- ⁴ La méthodologie du recensement des procédures pénales pour transmission du VIH conduit par le CNS et les données recueillies sont présentées dans le *Rapport sur la pénalisation de la transmission sexuelle du VIH*, à paraître en complément du présent Avis, <http://www.cns.sante.fr>
- ⁵ Pour une synthèse sur les données d'incidence du VIH en France, voir : Groupe d'experts « Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH », Rapport 2013, sous la direction du Pr Philippe Morlat et sous l'égide du CNS et de l'ANRS, La documentation française, 2013, pp. 25-26.
- ⁶ Supervie, V., Ndawinz, J., Costagliola, D., "The hidden HIV epidemic: what do mathematical models tell us? The case of France", *AIDS 2012 – XIX. International AIDS Conference*, Washington DC, Session n° SUSA50, juillet 2012 <http://pag.aids2012.org/session.aspx?s=166>
- ⁷ Auditions CNS, voir également : Le Naour, G., Musso, S., « Malades, victimes ou coupables ? Le dilemme des luttes contre le sida », in : Lefranc, S., Mathieu, L. (dir.), *Mobilisations de victimes*, Presses universitaires de Rennes, 2009, pp. 165-179.
- ⁸ Lert F. (dir.), « Vivre avec le VIH : premiers résultats de l'enquête ANRS-Vespa2 », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n°26-27, InVS, 2 juillet 2013.
- ⁹ Thierry-Mieg, M., « Nul n'est censé ignorer la loi », *Pratiques*, n° 64, dossier « Le secret en médecine », février 2014, pp. 49 *sqq.*
- ¹⁰ Vorhauer, W., « Le secret médical et les autorités judiciaires », *Médecins, bulletin d'information de l'Ordre national des médecins*, n° spécial « Le secret médical », nov.-déc. 2012, pp. 12-15 ; voir également <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-4-secret-professionnel-913> (consulté le 19/11/2014)
- ¹¹ Sur le risque infectieux en milieu carcéral, voir : Michel, L., Jauffret-Roustide, M., Blanche, J., Maguet, O., Calderon, C., Cohen, J., *et al.*, « Prévention du risque infectieux dans les prisons françaises. L'inventaire ANRS-PRIDE, 2009 », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n°39, InVS, 25 octobre 2011; pp. 409-412, http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=10031 ; Chemlal, K., Bouscaillou, J., Jauffret-Roustide, M., Semaille, C., Barbier, C., Michon, C., *et al.*, « Offre de soins en milieu carcéral en France : infection par le VIH et les hépatites. Enquête Prévacar, 2010 », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n°10-11, InVS, 6 mars 2012; pp. 131-134, http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=10527 ; Chiron, E., Jauffret-Roustide, M., Le Strat, Y., Chemlal, K., Valantin, M.A., Serre, P., *et al.*, et le groupe Prévacar, « Prévalence de l'infection par le VIH et le virus de l'hépatite C chez les personnes détenues en France. Résultats de l'enquête Prévacar 2010 », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n°35-36, InVS, 5 novembre 2013; pp. 445-450, http://www.invs.sante.fr/beh/2013/35-36/2013_35-36_3.html
- ¹² Circulaire Interministérielle n° DGOS/DSR/DGS/DGSC/DSS/DAP/DPJJ/2012/373 du 30 Octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. Le guide méthodologique visé par cette circulaire peut être consulté ici : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_Methodologique_-_Personnes_detenues_2012.pdf
- ¹³ Sur la situation dans les établissements pénitentiaires français, voir notamment Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, *Rapport d'activité 2013*, Paris, Dalloz, 2014, ainsi que Observatoire international des prisons, *Les conditions de détention en France*, La Découverte, 2011.
- ¹⁴ Code pénal, dispositions relatives aux modes de personnalisation des peines, art. 132-24 et suivants.
- ¹⁵ Groupe d'experts « Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH », Rapport 2013, sous la direction du Pr Philippe Morlat et sous l'égide du CNS et de l'ANRS, *op.cit.*, pp. 57 *sqq.*

¹⁶ Marks, G., Crepaz, N., Senterfitt, J.W., Janssen, R.S., "Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States: implications for HIV prevention programs", *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 39 (4), août 2005, pp. 446-453.

¹⁷ Cohen, M.S., *et al.*, « Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy », *New England Journal of Medicine*, vol. 365, août 2011, pp. 493-505.

¹⁸ Conseil national du sida, *Avis suivi de recommandations sur l'intérêt du traitement comme outil novateur de la lutte contre l'épidémie d'infections à VIH*, 9 avril 2009, <http://www.cns.sante.fr/spip.php?article294>

¹⁹ Conseil national du sida, *Avis sur l'intérêt potentiel du concept de prophylaxie pré-exposition du VIH/sida (PrEP)*, 12 janvier 2012, <http://www.cns.sante.fr/spip.php?article396>

²⁰ Lorente, N., *et al.*, « Comportement sexuel des personnes vivant avec le VIH en France en 2011 : premiers résultats de l'enquête ANRS-Vespa2 », in : Lert F. (dir.), « Vivre avec le VIH : premiers résultats de l'enquête ANRS-Vespa2 », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, op. cit., pp. 307 *sqq.*