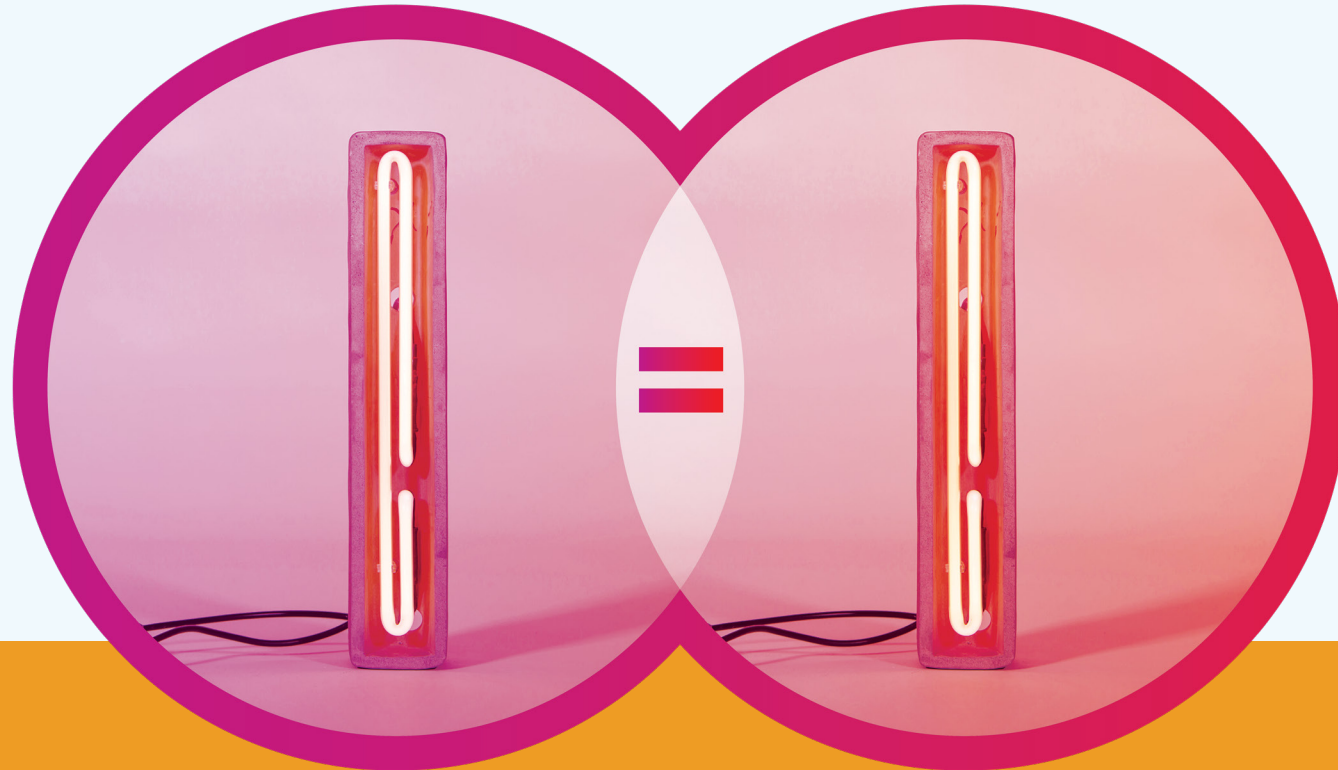


Indétectable = Intransmissible

Un document d'information communautaire

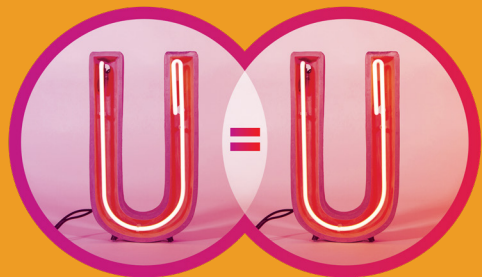
OCTOBRE 2017



icaso
until **we** end aids

120 Carlton St., Suite 311
Toronto, ON
Canada M5A 4K2

+1 416 921 0018
www.icaso.org
icaso@icaso.org



Indétectable = Intransmissible

Un document d'information communautaire

OCTOBRE 2017

SOMMAIRE

Le Conseil international des ONG de lutte contre le sida (ICASO) a développé le présent document d'information afin de mettre à la disposition de la communauté du VIH les informations à jour ainsi qu'une analyse des données cliniques nouvelles et actuelles au sujet de l'efficacité du traitement antirétroviral (TAR) pour prévenir la transmission du VIH aux partenaires sexuels des personnes vivant avec le VIH.¹ Les bienfaits du TAR pour la santé de la personne traitée demeureront toujours le but premier du traitement, mais il est crucial que les bienfaits secondaires de prévention du VIH, pour les personnes vivant avec le VIH ainsi que leurs partenaires sexuels, soient totalement compris et clairement communiqués. Le document d'information est structuré comme suit :

1. Le présent document d'information offre un sommaire et une analyse des conclusions cliniques nouvelles et à jour, concernant l'efficacité du TAR pour la prévention de la transmission sexuelle du VIH. Par conséquent, nous n'y abordons pas d'autres enjeux, comme les voies de transmission, les enjeux de santé génésique ou le TAR en tant que traitement, entre autres.

1

Introduction

Aperçu de l'à-propos de ce document et glossaire des termes clés

2

Notions de base concernant le VIH : prévention, transmission sexuelle et double rôle des antirétroviraux (ARV)

Aperçu de l'information mondiale actuelle concernant la transmission sexuelle du VIH, les stratégies combinées de prévention du VIH ainsi que le double rôle du TAR pour améliorer la santé des personnes vivant avec le VIH et prévenir la transmission sexuelle de celui-ci à leurs partenaires sexuels

3

La science de la transmission du VIH : quoi de neuf?

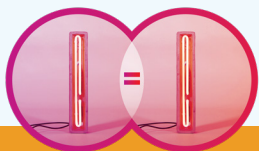
Résumé des conclusions cliniques publiées en 2016 et au début de 2017 concernant le rôle du TAR dans la prévention de la transmission sexuelle aux partenaires sexuels des personnes vivant avec le VIH; bref aperçu des données cliniques concernant l'utilisation d'ARV en prophylaxie pré-exposition (PrEP) par des personnes n'ayant pas le VIH afin de ne pas contracter l'infection

4

Plaidoyer pour l'accès au TAR et aux moyens diagnostiques pertinents au VIH

Analyse des implications des résultats cliniques nouveaux et à jour pour développer des stratégies de plaidoyer afin de répondre aux disparités dans l'accès aux moyens diagnostiques pour le VIH, incluant le test de charge virale, de même qu'aux ARV, dans les diverses régions du monde

4



Indétectable = Intransmissible
Un document d'information communautaire

5

Plaidoyer pour une éducation sur le VIH qui soit exacte et fondée sur les droits : combattre la stigmatisation du VIH

Analyse des implications des résultats cliniques nouveaux et à jour pour développer une éducation fondée sur les droits, à l'intention des personnes vivant avec le VIH

6

Le potentiel, à l'échelon de la population, des ARV comme moyen de prévention

Analyse du potentiel populationnel de l'utilisation des ARV pour réduire ou éliminer la transmission sexuelle du VIH

7

La réforme du droit relativement à la criminalisation du non-dévoilement du VIH

Implications pour le plaidoyer visant des efforts de réforme du droit afin de faire cesser l'application injuste et excessivement large de lois générales ou spécifiques au VIH, qui criminalisent les personnes vivant avec le VIH; la position de l'ICASO est conforme aux lignes directrices internationales, qui prônent de limiter l'application du droit criminel aux cas de transmission avérée et intentionnelle

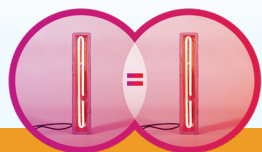
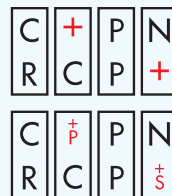
« I=I offre liberté et espoir. Pour plusieurs personnes vivant avec le VIH et leurs partenaires, I=I ouvre la voie à des choix sociaux, sexuels et génésiques qu'elles n'auraient jamais crus possibles. »

Bruce Richman, Prevention Access Campaign

REMERCIEMENTS

L'ICASO remercie les organisations canadiennes qui ont soutenu ce document d'information et qui ont fourni des commentaires détaillés : le Réseau ontarien de traitement du VIH (OHTN), le Réseau canadien d'info-traitements sida — CATIE, le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH, section Amérique du Nord (GNP+NA) ainsi que l'International Indigenous HIV & AIDS Community (IIHAC). Nous remercions également la Māori, Indigenous & South Pacific HIV/AIDS Foundation (INA) qui a coécrit notre déclaration précédente sur I=I.

Remerciements également à Rodney Kort, qui a rédigé le présent document, et aux personnes qui en ont révisé les versions précédentes : Brent Allan, Laurel Sprague, Bruce Richman, Christian Hui, Edwin Bernard, Tony Di Pede, Bob Leahy et Gus Cairns.



L'ICASO, en partenariat avec le Réseau ontarien de traitement du VIH (OHTN), le Réseau canadien d'info-traitements sida (CATIE), le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH – section Amérique du Nord (GNP+NA) ainsi que l'International Indigenous HIV & AIDS Community (IIHAC), a développé le présent document d'information afin de fournir à la communauté du VIH des informations à jour concernant la possibilité de transmission sexuelle en présence d'une personne vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral (TAR) et dont la charge virale est indétectable depuis au moins six mois. La récente déclaration de consensus [Indétectable = Intransmissible](#) de la Prevention Access Campaign de même que de nouvelles observations cliniques ont enclenché une importante conversation mondiale sur la réponse que la communauté du VIH devrait adopter face aux nouvelles informations sur la transmission sexuelle du VIH dans ce contexte, reconnaissant que les communications sur les bienfaits préventifs du TAR peuvent et devraient répondre aux disparités dans l'accès et l'expérience des personnes vivant avec le VIH dans les diverses régions du monde. À l'échelle mondiale, les rapports sexuels sont de loin la voie de transmission du VIH la plus fréquente. La mise en œuvre de stratégies de prévention combinée² et la mise à l'échelle de l'accès au TAR et au test de charge virale sont essentielles à l'atteinte des cibles 90-90-90 établies par le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA).³

En janvier 2017, l'ICASO et la Māori, Indigenous & South Pacific HIV/AIDS Foundation (INA) ont publié un [énoncé conjoint](#) appuyant la [Déclaration de consensus](#) Indétectable = Intransmissible (I=I) de la Prevention Access Campaign. De nombreuses autres organisations communautaires, scientifiques et de plaidoyer juridique l'ont aussi appuyée et sont devenues [partenaires communautaires](#) de la campagne I=I. La déclaration a vu le jour à la suite de la publication de données actualisées d'études cliniques évaluant le risque de transmission sexuelle au sein de couples hétérosexuels et homosexuels masculins à statuts mixtes (sérodifférents), lorsque partenaire vivant avec le VIH suit un TAR efficace et que sa charge virale est indétectable. La déclaration se fonde sur ces nouvelles observations cliniques et sur d'autres données empiriques publiées à ce jour.

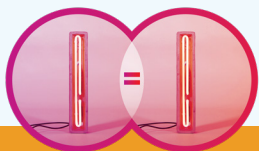
2. La prévention combinée met en relief le fait qu'une prévention du VIH fortement active doit inévitablement comprendre quatre approches préventives distinctes (comportementale, biomédicale, fourniture de traitements et justice sociale), combinées stratégiquement pour répondre à des épidémies locales, tout en assurant que ces approches soient mises en œuvre dans le contexte de la mise à l'échelle du leadership en matière de traitement et de prévention et de la mobilisation de l'implication communautaire, qui se renforcent mutuellement : Coates T et coll. Behavioural strategies to reduce HIV transmission: how to make them work better. *Lancet*: 23 Aug 2008: 669–684. Voir <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2702246/>
3. D'ici à 2020, 90 % de toutes les personnes vivant avec le VIH connaîtront leur statut VIH, 90 % de toutes les personnes diagnostiquées d'infection à VIH suivront un TAR soutenu et 90 % de toutes les personnes en TAR atteindront la suppression virale : ONUSIDA, 90-90-90 : Une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du sida, 2014.

Le présent document d'information offre une analyse détaillée des implications scientifiques, juridiques, de politiques et de plaidoyer de I=I pour les personnes vivant avec le VIH et le secteur communautaire du VIH dans son ensemble. Il fournit également des informations sur les manières par lesquelles ces nouvelles données scientifiques peuvent appuyer le plaidoyer de la société civile pour la mise à l'échelle de l'accès au TAR et au test de charge virale, qui est essentielle à l'atteinte des cibles 90-90-90.

4. Les lignes directrices développées pour les pays à revenu élevé recommandent généralement des tests de charge virale plus fréquents, soit au moins une fois tous les six mois après la suppression virale : Günthard HF, Saag MS, Benson CA et coll. IAS-USA Antiretroviral Drugs for Treatment and Prevention of HIV Infection in Adults 2016 Recommendations of the International Antiviral Society-USA Panel. JAMA. 2016;316(2):191-210.

TERMES CLÉS

- ❖ **Moyens diagnostiques pour le VIH :** L'infection à VIH est diagnostiquée à l'aide d'un test de dépistage en laboratoire ou d'un test rapide/au point de service qui détecte les anticorps du VIH ou les antigènes viraux dans le sang au moyen d'un algorithme validé. Si le dépistage initial est réactif, un second dépistage est habituellement effectué pour confirmer l'infection à VIH. Des renseignements supplémentaires sur les tests diagnostiques actuels et en voie de développement, pour le VIH, sont accessibles à www.aidsmap.com.
- ❖ **Antirétroviraux (ARV) et traitement antirétroviral (TAR) :** Le TAR est une combinaison de trois médicaments antirétroviraux (ARV) ou plus que les personnes vivant avec le VIH prennent pour bloquer la réplication (reproduction) du VIH. Supprimer la réplication virale empêche le VIH d'infecter et d'endommager les globules sanguins blancs dont le corps a besoin pour combattre les infections et maladies.
- ❖ **Test de charge virale :** Le test de charge virale sert à mesurer la quantité de virus dans le sang, qui est habituellement exprimée en nombre de copies du VIH par millilitre (ml) de sang (p. ex., 2 500 copies/ml). Il existe différents types de tests de charge virale; la plupart sont suffisamment sensibles pour détecter une charge virale supérieure à 20-500 copies/ml. Le test de charge virale est la méthode de choix pour le suivi clinique de la maladie à VIH et pour vérifier l'efficacité du TAR. À tout le moins, un test de charge virale devrait être effectué six mois et douze mois après l'amorce du traitement, et au moins une fois tous les 12 mois.⁴





Charge virale indétectable : La quantité de virus dans le sang est appelée « charge virale ». Une charge virale indétectable signifie que la quantité de virus dans le sang est inférieure au seuil de détection du test de charge virale. Ceci signifie que le traitement est efficace à supprimer la réplication virale. Une hausse considérable de la charge virale (ce qui est rare si la personne est fidèle au traitement) peut indiquer qu'une modification du régime de traitement est requise. Dans les pays à revenu élevé, la plupart des tests de charge virale ont un seuil de détection de 20-40 copies/ml. Dans la plupart des pays à revenu faible et intermédiaire, les tests utilisés ont un seuil de détection de 500 copies/ml. Il y a donc une certaine variance dans ce que l'on considère comme « indétectable », selon les pays et la sensibilité des tests qui y sont utilisés.⁵ Par exemple, une personne vivant avec le VIH pourrait avoir une charge virale de 350 copies/ml, ce qui serait inférieur au seuil de détection d'un test utilisé dans un pays à revenu faible (et par conséquent considéré comme « indétectable »), mais la même quantité de virus mesurée par un test plus sensible, dans un pays à revenu élevé, serait supérieure au seuil de détection et donc « détectable » (quoique très faible). Fait important, des données cliniques n'ont révélé aucune différence significative dans le risque de transmission, lorsque la charge virale est inférieure au seuil de détection, quelle que soit la sensibilité du test utilisé.⁶ Sauf indication contraire, le présent document d'information utilise le seuil de 200 copies/ml considéré par la campagne I=I comme étant « indétectable ».

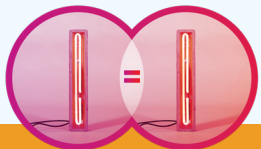


Campagne Indétectable = Intransmissible » (I=I) : « I=I » est l'abréviation du nom de la campagne lancée par la Prevention Access Campaign, qui met en relief des données cliniques nouvelles et actualisées démontrant que si une personne suit un TAR et a une charge virale indétectable depuis au moins six mois, il n'est pas possible qu'elle transmette le virus par voie sexuelle; donc, Indétectable = Intransmissible.

5. Aucun cas de transmission génétiquement reliée n'est documenté dans la littérature clinique, lorsque le partenaire séropositif suivait un TAR et avait une charge virale indétectable depuis au moins six mois, mais quatre études citées dans la littérature indiquent qu'un ou deux cas de transmission génétiquement reliée se sont produits lorsque la personne vivant avec le VIH suivait un TAR et a eu une charge virale indétectable à un moment ou à un autre de l'étude. Toutefois, la méthodologie de ces études fait en sorte que l'on ne sait pas clairement si la transmission s'est produite au cours de la période de six mois : Gliberman J, Gogolishvili D, Rourke SB. Evidence Review: HIV sexual transmission risk by people with suppressed HIV viral load. Réseau ontarien de traitement du VIH : Toronto, ON, mai 2017.
6. Attia S, Egger M, Müller M, et coll. Sexual transmission of HIV according to viral load and antiretroviral therapy: systematic review and meta-analysis. *AIDS* 23:1397-1404, 2009 [Le partenaire séropositif ne suivait pas de TAR au moment de la transmission]

TERMES CLÉS (SUITE)

- **Test des CD4+** : Les cellules CD4+ sont un type de globule sanguin blanc dont le corps a besoin pour combattre les infections. Ces cellules sont toutefois la principale cible du VIH; au fil du temps, elles sont endommagées et appauvries par la réplication virale. Le test de dénombrement des CD4+ mesure la quantité de ces cellules dans le sang; il est utilisé en combinaison avec le test de charge virale pour surveiller l'impact du VIH sur le système immunitaire. Plus le nombre de cellules CD4+ est faible, plus il est difficile pour le corps de combattre le VIH, la tuberculose et d'autres infections.
- **Essai clinique** : Un essai clinique est une étude de recherche qui désigne de manière prospective des groupes de sujets humains ayant consenti à y participer, pour recevoir une ou plusieurs interventions de santé au cours d'une période donnée, afin d'évaluer l'innocuité de ces interventions et leur efficacité à produire des résultats de santé donnés (comme ralentir la progression d'une maladie ou réduire le taux de mortalité). Les interventions peuvent inclure des médicaments, des dispositifs médicaux ou d'autres approches.
- **Examen systématique et méta-analyse** : Un examen systématique résume les résultats des études existantes sur les soins de santé (essais cliniques) dans la littérature médicale examinée par des pairs et fournit un niveau élevé de données probantes sur l'efficacité d'interventions de soins de santé, car il analyse les résultats de multiples essais examinant une même intervention. Une méta-analyse est l'utilisation de méthodes statistiques pour résumer les résultats de ces études.
- **Prophylaxie pré-exposition (PrEP) orale** : La PrEP est un moyen, pour une personne qui est séronégative et à risque d'infection par le VIH, de réduire ce risque en prenant des ARV avant d'avoir des relations sexuelles. L'utilisation du ténofovir (TDF) seul ou en combinaison avec l'emtricitabine (FTC), pour une PrEP, est une stratégie de prévention du VIH très efficace lorsqu'utilisée comme prescrite. À l'instar des ARV qui servent à traiter le VIH, l'observance au traitement est essentielle à optimiser les bienfaits préventifs de la PrEP orale.



Notions de base concernant le VIH : prévention, transmission sexuelle et double rôle des antirétroviraux

Les expositions au VIH par des relations sexuelles sont responsables de la grande majorité des infections par le VIH, dans le monde. L'ONUSIDA estime qu'environ 36,7 millions de personnes vivent avec le VIH. De celles-ci, seulement 60 % sont au courant de leur séropositivité; plus de 14 millions de personnes vivant avec le VIH ne sont pas diagnostiquées. Les populations clés ont des taux d'infection (incidence du VIH) et une prévalence générale du VIH (nombre total de personnes séropositives au VIH dans une population donnée) plus élevés que les autres populations. Les populations clés incluent les travailleuses et travailleurs du sexe, les hommes gais et autres hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, les personnes transgenres et les personnes qui s'injectent des drogues; selon les régions, les populations clés peuvent inclure également les détenus, les migrants, les jeunes, les filles et les femmes. Par exemple, des données de l'ONUSIDA indiquent que plus de 90 % des nouvelles infections à VIH survenues en Asie centrale, en Europe, en Amérique du Nord, au Moyen-Orient et en Afrique du Nord en 2014 touchaient des personnes de populations clés et leurs partenaires sexuels.⁸ L'incidence mondiale du VIH et les décès liés au sida sont en déclin, mais 2,1 millions de nouvelles infections à VIH ont été recensées en 2015 : des interventions préventives efficaces et un accès rehaussé au dépistage du VIH sont donc essentiels afin d'enrayer le sida.

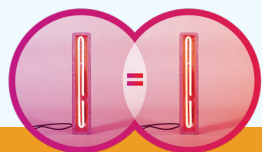
Un volumineux corpus de données cliniques démontre les bienfaits de santé du TAR pour les personnes vivant avec le VIH, notamment d'importantes améliorations à l'espérance de vie, dans un éventail de contextes.⁹

7. [ONUSIDA, UNAIDS Global AIDS Update 2016 \[Global Update 2016\]; OMS, VIH/sida – Aide-mémoire \(actualisé en novembre 2016\).](#)
8. [Ibid.](#)
9. [Teeraananchai S, Kerr SJ, Amin J, Ruxrungtham K, Law MG. Life expectancy of HIV-positive people after starting combination antiretroviral therapy: a meta-analysis. *HIV Med.* 2017 Apr;18\(4\):256-266.](#)

10. Des ARV sont également testés en diverses formulations et selon diverses méthodes d'administration, comme les gélées vaginales et les microbicides, mais les résultats les plus solides à ce jour viennent d'essais cliniques examinant la PrEP orale (prise en pilules). Des études sur les niveaux de médicaments ont révélé que la PrEP prise comme prescrite est efficace à près de 100 % (trois cas mondiaux incontestés d'échec de la PrEP sur près de 100 000 personnes qui la prennent). Voir : <http://www.aidsmap.com/Four-doses-of-PrEP-a-week-may-be-enough-to-protect/page/2279465/>
11. La circoncision masculine médicale volontaire (CMMV) réduit d'environ 60 % le risque de transmission de femme à homme. (OMS, VIH/sida – Aide-mémoire (actualisé en novembre 2016)).
12. L'utilisation correcte et régulière du condom, s'il ne se brise pas, procure une protection à 100 % contre l'infection puisque le condom offre une barrière physique imperméable contre le VIH et d'autres infections transmissibles sexuellement. Voir <http://www.aidsmap.com/Do-condoms-work/page/1746203/> et <http://www.aidsmap.com/CDC-researchers-publish-estimate-of-effectiveness-of-condom-use-in-anal-sex/page/2930716/>.
13. Samji H, Cescon A, Hogg RS, et coll. Closing the Gap: Increases in life expectancy among treated HIV-positive individuals in the United States and Canada. *PLoS One*. 18 déc. 2013;8(12) [L'espérance de vie moyenne diminue si la PVVIH s'injecte des drogues, est non blanche ou vit aux États-Unis plutôt qu'au Canada]; Katz IT, Maughan-Brown B, Improved life expectancy of people living with HIV: who is left behind? *The Lancet HIV*, 10 mai 2017.
14. Johnson LF, Mossong J, Dorrington RE, et coll. Life expectancies of South African adults starting antiretroviral treatment: collaborative analysis of cohort studies. *PLoS Med*. 2013; 10: e1001418.

Les ARV sont également très efficaces à prévenir l'acquisition du VIH lorsqu'utilisés comme prescrits par le partenaire séronégatif avant une relation sexuelle; c'est ce que l'on appelle la « prophylaxie pré-exposition » (PrEP) orale.¹⁰ Des stratégies de prévention combinée pouvant inclure la circoncision masculine médicale volontaire (CMMV),¹¹ l'éducation et le counselling sur le VIH, des programmes de distribution de condom¹² et des interventions fondées sur les ARV sont cruciales à réduire la transmission du VIH. Il est à présent démontré que les ARV sont efficaces pour améliorer radicalement la santé des personnes vivant avec le VIH, réduire ou éliminer le risque de transmission aux partenaires sexuels, et prévenir la transmission verticale (de la mère à l'enfant).

La plupart des personnes nouvellement diagnostiquées qui amorcent un TAR dans un pays à revenu élevé peuvent s'attendre à une espérance de vie pratiquement normale, mais les populations clés (comme les détenus, les personnes qui s'injectent des drogues et leurs partenaires sexuels) n'ont pas toutes un accès équitable au traitement et à d'autres interventions fondées sur des données, en matière de VIH.¹³ De plus, des obstacles juridiques, institutionnels et structurels peuvent limiter l'accès aux interventions liées au VIH. De récentes études ont révélé qu'une espérance de vie similaire pourrait être atteinte dans des pays à revenu faible et intermédiaire comme l'Afrique du Sud.¹⁴ Toutefois, le diagnostic à un stade tardif de la maladie à VIH et l'accès limité à l'éducation sur le VIH, aux moyens diagnostiques, à des condoms gratuits et au TAR font en sorte que cela est loin d'être le cas pour la plupart des personnes qui vivent avec le VIH dans le Sud mondial.



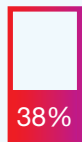
La science de la transmission du VIH : quoi de neuf?

Des observations cliniques publiées en 2016 sont venues s'ajouter aux données existantes selon lesquelles le VIH ne peut se transmettre par voie sexuelle si la personne vivant avec le VIH suit un TAR à effet entièrement supprimeur et a une charge virale indétectable. En 2011, l'essai clinique HIV Prevention Trials Network 052 (HPTN 052) a conclu que le risque de transmission est considérablement réduit si le partenaire séropositif suit un TAR efficace.¹⁵ Des données actualisées (cinq ans de suivi à compter de l'enrôlement) et publiées en 2016 n'ont révélé aucun cas de transmission chez des couples hétérosexuels sérodifférents où un TAR efficace avait réduit la charge virale du partenaire séropositif en deçà du seuil de détection.¹⁶ Le TAR a réduit le risque de transmission de 93 %; la réduction du risque n'a pas été plus forte puisque des transmissions génétiquement reliées se sont produites dans les jours entourant l'amorce du TAR ou après l'échec d'un régime de TAR.¹⁷ En 2014, un examen systématique d'études évaluant le risque de transmission hétérosexuelle par acte, lorsque la personne vivant avec le VIH suivait un TAR, a révélé que le risque était inférieur à 13 par 100 000 – mais il aurait été nettement inférieur si l'unique événement de transmission relevé dans le cadre de l'examen était survenu avant la suppression virale complète (c.-à-d., plus tôt que six mois suivant l'amorce du TAR).¹⁸ En 2015, les résultats préliminaires de l'étude observationnelle Opposites Attract, réalisée auprès de 234 couples homosexuels masculins sérodifférents en Australie, au Brésil et en Thaïlande, n'ont révélé aucune transmission phylogénétiquement reliée lorsque le partenaire séropositif suivait un TAR supprimeur – en près de 6 000 relations anales sans condom.¹⁹ Une récente étude espagnole auprès d'une cohorte prospective de 202 couples hétérosexuels sérodifférents n'a recensé aucun cas de transmission du VIH parmi les 199 couples où la personne vivant avec le VIH suivait un TAR efficace, à l'issue de 7 600 relations sexuelles sans condom et de 85 grossesses naturelles survenues au cours de l'étude.²⁰

15. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, et coll. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med* 2011; 365:493-505.
16. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, et al. Antiretroviral Therapy for the Prevention of HIV-1 Transmission, *N Engl J Med*, sept 2016; 375:830-839.
17. Eshleman SH, Hudeelson, SE, Red AD, et al. Treatment as Prevention: Characterization of Partner Infections in the HIV Prevention Trials Network 052 Trial, *J Acquir Immune Defic Syndr*, Jan 2017; 74(1): 112-116.
18. Supervie V, Viard JP, Costagliola D, Breban R, Heterosexual risk of HIV transmission per sexual act under combined antiretroviral therapy: systematic review and bayesian modeling, *Clin Infect Dis*, juil. 2014;59(1):115-22.
19. Grulich AE, Bavinton BR, Jin F, et al. HIV Transmission in Male Serodiscordant Couples in Australia, Thailand and Brazil, Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 13–14 fév 2015, Abstract 1019LB.
20. Del Romero J, Río I, Castilla J, Baza B, Paredes V, Vera M, Rodríguez C, Absence of transmission from HIV-infected individuals with HAART to their heterosexual serodiscordant partners, *Enferm Infecc Microbiol Clin*, déc 2015;33(10):666-72.

LES LACUNES DE LA PRÉVENTION COMBINÉE DANS LE MONDE

(ONUSIDA, *Prevention Gap Report 2016*)



Seulement 38 % des personnes vivant avec le VIH ont atteint la suppression virale.



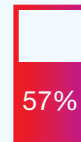
Les efforts actuels de distribution de condoms en Afrique subsaharienne couvrent moins de la moitié des besoins estimés.



Seulement un tiers des jeunes ont une bonne connaissance du VIH.



L'usage du condom est trop faible dans toutes les populations à risque d'infection accru.



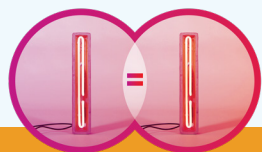
Seulement 57 % des pays où l'injection de drogues est documentée offrent des programmes de seringues.



Le nombre annuel de circoncisions masculines médicales volontaires doit presque doubler pour atteindre la cible de 2020.



La couverture actuelle de la PrEP représente moins de 5 % de la cible de 2020.



En janvier 2016, un des auteurs de la déclaration de 2008 de la Commission fédérale suisse pour les problèmes liés au sida a publié un éditorial intitulé « *HIV is not transmitted under fully suppressive therapy: The Swiss statement eight years later* » [« Le VIH ne se transmet pas en cas de traitement à effet entièrement supprimeur : huit ans après la déclaration suisse »], qui se fondait sur les données scientifiques les plus à jour et sur l'expérience de longue date des auteurs en lien avec l'Étude de cohorte suisse.²¹ Cette déclaration actualisée a été publiée en partie en raison de préoccupations des auteurs face à des poursuites criminelles injustes pour une exposition au VIH potentielle ou perçue, en Suisse, et pour réitérer la recommandation initiale des cliniciens suisses selon laquelle les couples hétérosexuels sérodifférents n'ont pas besoin de techniques de reproduction artificielle (p. ex., insémination artificielle) pour concevoir, pourvu que le partenaire séropositif au VIH suive un TAR et ait une charge virale indétectable. Un récent énoncé de consensus fondé sur un certain nombre d'études cliniques et de consultations souligne que la conception naturelle et la grossesse qui s'ensuit sont sécuritaires, pour les personnes vivant avec le VIH qui suivent un TAR et ont une charge virale indétectable.²² En juillet 2016, l'étude Partners of people on ART – a New Evaluation of Risk (PARTNER), un essai clinique de cohorte prospective et observationnelle évaluant le risque de transmission chez des couples hétérosexuels et homosexuels masculins, n'a signalé aucun cas de transmission en quatre ans lorsque le partenaire séropositif suivait un TAR et avait une charge virale indétectable.²³ Les observations sont basées sur approximativement 22 000 relations sexuelles sans condom chez les couples homosexuels masculins et approximativement 36 000 relations sexuelles sans condom chez les couples hétérosexuels participants. Les essais HPTN 052 et PARTNER sont de vastes études de cohorte internationales, longitudinales et multicentriques qui fournissent de solides données sur l'efficacité du TAR à éliminer le risque de transmission, tant dans les pays industrialisés que dans ceux en développement.

« Si votre charge virale est supprimée de manière durable, vous ne transmetrez pas le virus à votre partenaire. »

Carl W. Dieffenbach, Ph. D., directeur, Division du sida, NIAID, NIH

21. Vernazza PL, Bernard E, HIV is not transmitted under fully suppressive therapy: The Swiss Statement – eight years later, *Swiss Med Wkly*, janv. 2016, 146:w14246 [Déclaration suisse].
22. Matthews, LT, Beyeza-Kashesya J, Cooke I, Davies N, et al. Consensus Statement: Supporting Safer Conception and Pregnancy for Men and Women Living with and Affected HIV. *AIDS Behav* (2017).
23. Alison J, Rodger, Valentina Cambiano, Tina Bruun, et al, Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy, *JAMA*, 2016;316(2):171-181.

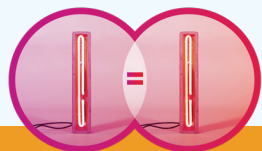
24. WHO Consolidated Guidelines 2016.
25. https://kirby.unsw.edu.au/sites/default/files/kirby/news/Final-Analysis-Factsheet_20170711.pdf

« Les scientifiques n'aiment pas utiliser le mot "jamais" pour parler d'un risque possible. Mais dans ce cas, je crois que nous pouvons affirmer que le risque qu'une personne séropositive suivant un traitement et ayant une charge virale indétectable transmette le VIH est si faible qu'il pourrait même ne pas être mesurable, ce qui équivaut à dire que la personne n'est pas contagieuse. Il est inhabituel que des preuves accablantes fondées sur la science nous permettent d'être convaincus que ce que nous avançons est véridique. »

Dr Anthony Fauci, directeur du National Institute for Allergies and Infectious Diseases des États-Unis (juillet 2017)

Les études cliniques et les méta-analyses de la littérature scientifique examinée par les pairs livrent des preuves scientifiques robustes démontrant que le TAR réduit considérablement le risque de transmission, quel que soit le type de relation sexuelle. À la lumière de ces résultats et d'autres données scientifiques démontrant les bienfaits de santé de l'amorce précoce du TAR, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a mis à jour ses lignes directrices cliniques, en 2016, pour recommander l'amorce du TAR immédiatement après le diagnostic du VIH.²⁴ L'OMS recommande également le test de charge virale comme principal outil de suivi du TAR chez les personnes séropositives.

Plus récemment, lors de la Conférence sur la science du VIH de la Société internationale du sida (juillet 2017), le Kirby Institute a annoncé que son étude Opposites Attract n'avait recensé aucun cas de transmission du VIH parmi 358 couples gais de la Thaïlande, du Brésil et de l'Australie où l'un des partenaires était séropositif et l'autre, séronégatif, à l'issue de près de 17 000 relations anales sans condom sur une période de quatre ans.²⁵



Plaidoyer pour l'accès au TAR et aux moyens diagnostiques pertinents au VIH

Des militants communautaires et des organisations ont fait état de préoccupations légitimes selon lesquelles les messages et slogans sur le « traitement comme outil de prévention » attirent une attention démesurée sur le statut « indétectable » et ne font rien pour résoudre le fait que plusieurs personnes vivant avec le VIH n'ont pas accès au TAR, au test de charge virale et à des soins de santé de qualité et fondés sur les droits.²⁶ Les plus récentes données disponibles (fin de 2015) révèlent que seulement 46 % des adultes vivant avec le VIH suivent un TAR (soit 18,2 millions de personnes) et que parmi ceux-ci, l'accès au test de charge virale est limité.²⁷ Il est estimé que 38 % des personnes vivant avec le VIH ont une charge virale indétectable. L'accès à des services liés au VIH qui soient fondés sur les droits est encore plus limité dans les populations clés; plusieurs font face à des obstacles programmatiques, sociaux et juridiques à l'accès aux moyens diagnostiques et au traitement.²⁸

L'OMS recommande à présent l'amorce du TAR immédiatement après le diagnostic du VIH, à la lumière de données cliniques exhaustives selon lesquelles l'amorce précoce de ce traitement optimise les résultats de santé à long terme et réduit le risque d'autres infections.²⁹ Bien que le suivi de la charge virale soit devenu la norme de soins et soit à présent intégré dans les lignes directrices de la plupart des pays à revenu faible et intermédiaire, sa mise en œuvre à grande échelle tarde encore dans plusieurs régions. Notre capacité d'atteindre les cibles 90-90-90 dépend de la mise à l'échelle du dépistage du VIH, du TAR et du test de charge virale, en particulier pour les populations clés qui demeurent sous-desservies dans les programmes nationaux de lutte contre le VIH. Des innovations dans les moyens diagnostiques, comme l'utilisation de la technologie de la goutte de sang séché (DBS) pour le diagnostic précoce et la quantification de la charge virale chez les nourrissons, ont le potentiel d'élargir considérablement l'accès au suivi de la charge virale dans les pays à revenu faible et intermédiaire, et de réduire d'autant la morbidité et la mortalité liées au sida.³⁰ Assurer l'accès aux innovations diagnostiques et de quantification de la charge virale est un des buts de plaidoyer les plus cruciaux des leaders communautaires et de nos alliés de la communauté médicale

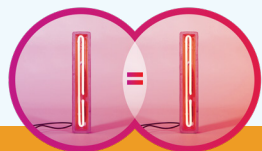
26. GNP+, Follow-up on previous article: On Fear, Infectiousness, Undetectability, février 2017.
27. ONUSIDA, Global AIDS Update: 2016 (Ces données viennent principalement de pays à revenu faible et moyen, sauf la Chine et la Fédération russe; elles n'incluent pas les données de la plupart des pays à revenu élevé); ONUSIDA, The Need for Routine Viral Load Testing: Questions and Answers (2016).
28. ONUSIDA, 90-90-90 : Une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du sida (2014).
29. WHO Guidelines, *supra* note 11.
30. Smit PW, Sollis KA, Fiscus S, Ford N, Vitoria M, Essajee S, et al., Systematic Review of the Use of Dried Blood Spots for Monitoring HIV Viral Load and for Early Infant Diagnosis, *PLoS ONE* 9(3): e86461 (2014).

31. ONUSIDA, Communiqué de presse : Un programme historique d'accès au diagnostic du VIH permettra d'économiser 150 millions de dollars et aidera à atteindre les nouveaux objectifs mondiaux de lutte contre le VIH, 25 sept. 2014; ONUSIDA, Communiqué de presse : Un accord mondial capital réduit fortement le prix du diagnostic précoce du VIH chez les nourrissons, juillet 2015.
32. Organisation mondiale du commerce (OMC), Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (1994); Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique (2001); Watson AG, International Intellectual Property Rights: Do Trips' Flexibilities Permit Sufficient Access to Affordable HIV/AIDS Medicines in Developing Countries? 32 B. C. Int'l & Comp. L. Rev. 143 (2009).

et scientifique. Les nouvelles données cliniques apportent aux leaders communautaires des preuves additionnelles à intégrer dans leurs stratégies de plaidoyer, pour demander les ressources nécessaires à mettre à l'échelle l'accès au TAR et au test de charge virale.

En plus de mettre la communauté des donateurs et les gouvernements nationaux au défi d'investir adéquatement dans le TAR et les technologies de test de charge virale, la société civile doit inciter les fabricants de ces technologies à les rendre plus abordables dans les pays à revenu faible et intermédiaire. L'Initiative pour l'accès au diagnostic, lancée en 2014, a récemment annoncé une nouvelle entente de prix unitaire plafond de 9,40 \$ US pour un test de charge virale – ce qui en réduira considérablement le coût dans les pays à revenu faible et intermédiaire –, de même qu'une diminution du prix des tests sur goutte de sang séché afin de réduire le coût du diagnostic précoce chez les nourrissons.³¹ Ces mesures sont importantes, mais un plaidoyer additionnel est requis pour assurer, dans tous les pays à revenu faible et intermédiaire, l'accès à des technologies de dépistage au point de service qui soient abordables et fiables. Les régimes actuels de propriété intellectuelle créent des obstacles supplémentaires à l'expansion de l'accès au TAR et au test de charge virale dans ces pays. Peu de pays dotés d'une capacité technique et de ressources limitées sont disposés ou aptes à se prévaloir des éléments de souplesse de l'Accord sur les ADPIC, par crainte de représailles des sociétés pharmaceutiques et de procédures de l'Organisation mondiale du Commerce (OMC) intentées par des pays à revenu élevé où le lobby de l'industrie pharmaceutique a eu une influence sur les politiques commerciales internationales.³²

Nous avons également besoin de meilleures données mondiales sur l'accès au test de charge virale et sur son coût; nous exhortons les acteurs mondiaux des échelons supérieurs comme l'ONUSIDA et la Société internationale du sida à appuyer tous les efforts en ce sens. Il est essentiel de reconnaître que I=I n'est peut-être pas une réalité pour la plupart des personnes vivant avec le VIH, et de moduler les messages



sur le « traitement comme outil de prévention » en soulignant l'importance primordiale du TAR pour la santé individuelle – mais l'appel à l'action derrière les messages I=I, renforcé par les récentes données scientifiques, peut et doit guider le plaidoyer de la société civile. L'objectif concret d'un nombre accru de personnes vivant avec le VIH qui ont accès au TAR et qui atteignent une charge virale indétectable fait partie des cibles 90-90-90, est soutenu par les aspirations de la campagne I=I et nous rapproche d'un monde sans sida.

5 Plaidoyer pour une éducation sur le VIH qui soit exacte et fondée sur les droits : combattre la stigmatisation du VIH

Fait troublant – des millions de personnes vivant avec le VIH qui suivent un TAR et ont une charge virale indétectable, un grand nombre ne savent pas qu'elles ne peuvent pas transmettre le VIH à leurs partenaires sexuels par des relations vaginales ou anales. Car, en plus de constituer une incitation additionnelle à l'observance thérapeutique, et donc à maximiser les bienfaits du TAR pour la santé de l'individu, la connaissance de ce fait a d'importantes implications pour l'estime de soi (y compris en ce qui concerne la stigmatisation intériorisée en lien avec le VIH), de même que pour les conversations possiblement difficiles du dévoilement de la séropositivité. Il se peut que des militants communautaires pour la santé, des conseillers et des éducateurs ne soient pas au courant de la plus récente information sur la probabilité de transmission sexuelle du VIH lorsqu'une personne séropositive suit un TAR efficace : cette information est encore limitée au bassin des personnes qui travaillent dans le domaine du VIH. Une étude étatsunienne de 2015 a observé que le risque de transmission est surestimé même par les personnes qui reçoivent des soins et suivent un TAR efficace; et que les personnes afro-américaines et les consommateurs de drogues par injection sont plus susceptibles que d'autres populations vivant avec le VIH de surestimer la probabilité de transmission du VIH.³³

33. Landovitz RJ, Tran TT, Cohn SE, et coll., Perception of infectiousness in HIV-infected persons after initiating ART: ACTG A5257. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, abstract #55, 2016.

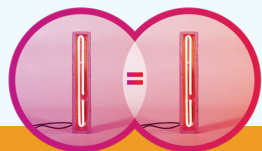
Plusieurs personnes vivant avec le VIH continuent de croire, à tort, que leur existence quotidienne relève d'une identité en tant qu'« agent contagieux » – une identité qui, malheureusement, est souvent renforcée explicitement ou implicitement par la représentation des PVVIH dans les médias. Cependant, la science qui appuie le message I=I offre le potentiel d'améliorer la santé psychologique des PVVIH et de transformer de façon radicale leur représentation, non plus comme des individus qu'on devrait rejeter et mettre à l'écart, mais comme des personnes qui vivent avec une maladie chronique qui n'est pas transmissible si elles suivent un TAR efficace.

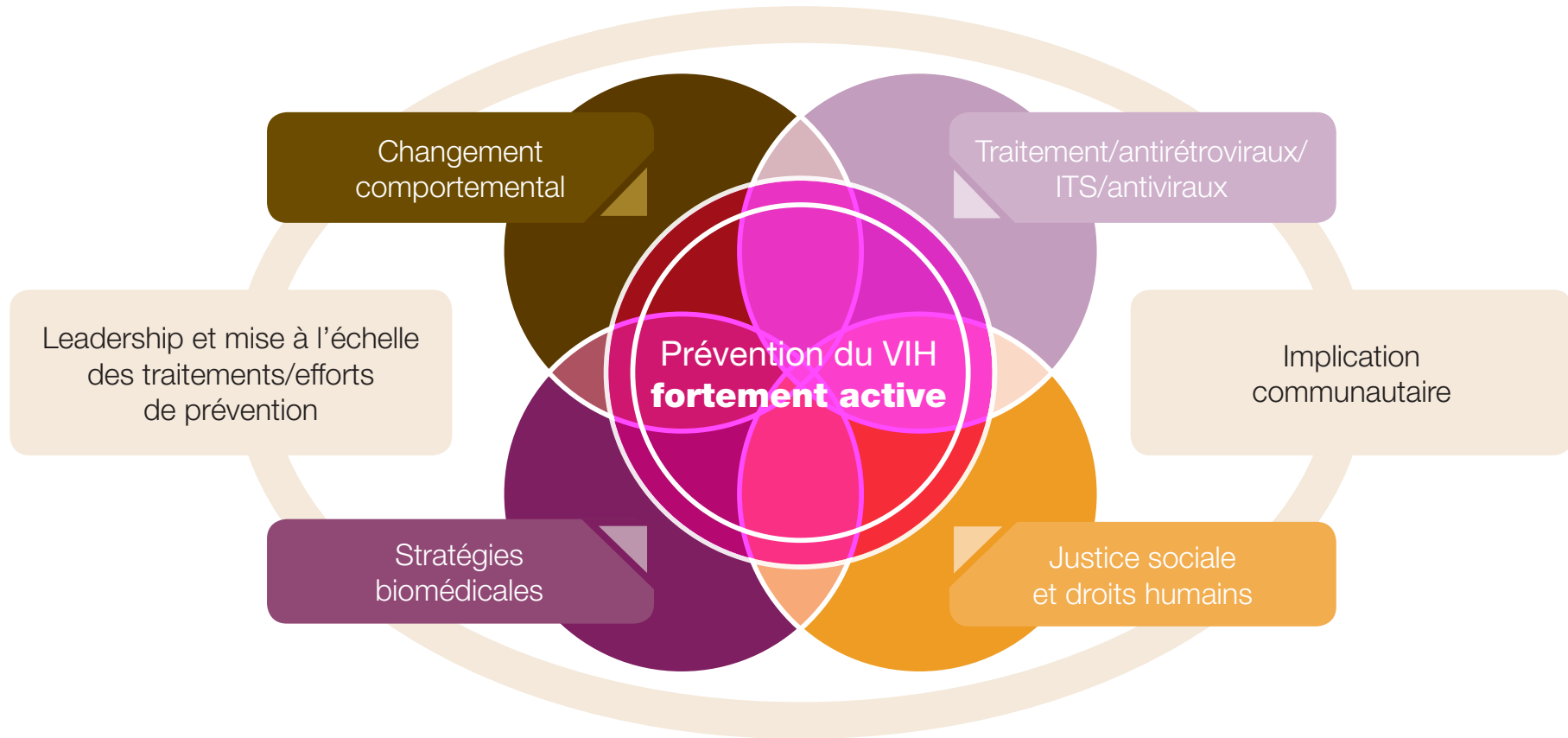
Bien que les bienfaits cliniques de l'amorce immédiate d'un TAR dès le diagnostic soient clairs, il est d'une importance cruciale que le counselling postdiagnostic au sujet du traitement et de la prévention ainsi que le soutien par les pairs soient exacts, fondés sur les droits et adaptés au contexte social et psychologique de chaque personne. L'autonomie de l'individu dans les décisions concernant son traitement est d'importance suprême. L'amorce d'un TAR immédiatement après le diagnostic n'est peut-être pas optimale du point de vue clinique si l'individu n'est pas préparé pour l'observance thérapeutique à long terme. Pour faire en sorte que les personnes vivant avec le VIH aient des informations adéquates et fondées sur les droits, il est important que le counselling postdiagnostic véhicule une information exacte concernant le risque de transmission, les autres interventions de prévention ainsi que l'importance de l'observance thérapeutique. Les données cliniques et la campagne I=I ne devraient pas être considérées comme des éléments qui nuisent aux interventions de santé publique d'efficacité démontrée, comme les programmes concernant les condoms; il s'agit en fait de fournir une information exacte aux

personnes vivant avec le VIH, à savoir qu'il existe un nouvel outil préventif important, dans la gamme des choix pour prévenir le VIH.

Une information scientifique à jour, au sujet des bienfaits préventifs du TAR, a également d'importantes implications pour les partenaires sérodifférents qui désirent concevoir un enfant. Comme le démontre le nombre de grossesses naturelles dans l'étude espagnole, la conception est possible sans nécessiter de recourir à des technologies reproductives qui sont dispendieuses et hors de portée pour la plupart des personnes vivant avec le VIH dans le Sud mondial. L'impact du TAR sur le risque de transmission lors de l'allaitement, par ailleurs, est un domaine où des recherches additionnelles sont nécessaires afin d'arriver à des conclusions définitives.

La stigmatisation du VIH a catalysé la peur au sein du public, et perpétué des idées fausses et dangereuses au sujet du risque de transmission du VIH – et les conséquences sont négatives pour la communauté du VIH, y compris l'incitation à des poursuites criminelles injustes. Les conclusions cliniques récentes apportent des preuves importantes pour contrer ces peurs et idées erronées. Les éducateurs communautaires en matière de VIH et les personnes vivant avec le VIH qui font un travail de soutien auprès de pairs ont une occasion sans pareille d'offrir une information réconfortante aux personnes vivant avec le VIH, concernant à la fois leur santé individuelle et celle de leurs partenaires sexuels. Cet élément est une incitation additionnelle à la rétention dans les soins, à l'échelle de toute la cascade des services VIH; les personnes sont plus susceptibles de se faire dépister si la stigmatisation associée au VIH est réduite, plus susceptibles de divulguer leur statut VIH si elles suivent un TAR efficace, et plus susceptibles d'être et de demeurer fidèles au traitement et de poursuivre leurs soins.





La prévention combinée met en relief le fait qu'une prévention du VIH fortement active doit inévitablement comprendre quatre approches préventives distinctes (comportementale, biomédicale, fourniture de traitements et justice sociale), combinées stratégiquement pour répondre à des épidémies locales : Coates T et coll. Behavioural strategies to reduce HIV transmission: how to make them work better. Lancet: 23 Aug 2008: 669-684. Voir <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2702246/>

34. Yaylali E, Farnham P, Jacobson E, et coll. Impact of improving HIV care and treatment and initiating PrEP in the United States, 2015-2020, Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Boston, abstract #1051, 2016.
35. Nosyk B, Zang X, Min JE, et coll. Relative effects of antiretroviral therapy and harm reduction initiatives on HIV incidence in British Columbia, Canada, 1996–2013: a modelling study, 30 mars 2017, The Lancet HIV S2352-3018(17)30045-0.

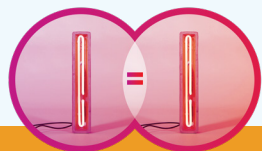
6

Le potentiel, à l'échelon de la population, des ARV comme moyen de prévention

Les ARV, comme traitement pour les PVIH ou encore en PrEP chez d'autres personnes, sont un important élément de la prévention combinée. Certes, les programmes pour les condoms et la circoncision masculine volontaire demeureront des interventions clés pour prévenir le VIH, mais il est important que les bienfaits préventifs du TAR soient intégrés dans le counselling postdiagnostic sur la prévention, le traitement et l'observance thérapeutique. Les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis ont récemment estimé que l'atteinte des cibles établies dans la Stratégie étatsunienne sur le VIH/sida (NHAS) en matière de dépistage et de traitement du VIH ainsi que l'expansion du recours à la PrEP quotidienne contribueraient à prévenir un nombre estimé de 185 000 nouvelles infections par le VIH, aux États-Unis, d'ici 2020 – une diminution de 70 % du nombre de nouvelles infections, en cinq ans.³⁴ Une récente étude rétrospective par modélisation publiée dans The Lancet HIV a conclu que la combinaison du TAR et des interventions de réduction des méfaits (comme les programmes de seringues), en Colombie-Britannique, a permis d'éviter 3 204 infections (2 402–4 589) entre 1996 et 2013.³⁵

Les ARV, de pair avec d'autres stratégies préventives d'ordre comportemental et biomédical, ont le potentiel de changer fondamentalement le cours de l'épidémie, en tant qu'interventions préventives primaires et secondaires.

De plus, la prévention combinée indique fortement qu'alors que se produit l'effet préventif efficace d'un ensemble stratégique d'interventions (biomédicales, comportementales, fourniture d'ARV et avancement de la justice sociale et des droits humains), l'effort double qui consiste à les mettre à l'échelle et à mobiliser la participation communautaire procure l'élan nécessaire à ce que la prévention combinée ait le plus grand effet possible. La campagne I=I démontre clairement cet « effet d'entraînement », qui est illustré par la diversité et le nombre d'organismes communautaires, scientifiques et juridiques qui ont appuyé la Déclaration de consensus I=I depuis sa publication.



Plaidoyer pour une réforme du droit : la science du VIH et le droit criminel

L'un des éléments pour lesquels des preuves scientifiques à jour sont le plus nécessaires est celui de la réforme ou de l'abrogation des lois qui criminalisent les personnes vivant avec le VIH pour la non-divulgence de leur statut VIH même dans des circonstances où il n'y a pas eu transmission ou n'y avait pas même de risque de transmission. Des personnes qui vivent avec le VIH ont été accusées et déclarées coupables notamment dans des incidents en milieu de travail, comme des blessures avec des aiguilles, même lorsque le risque de transmission était négligeable. En juillet 2012, la Commission mondiale sur le VIH et le droit a recommandé de ne pas adopter de lois qui criminalisent l'exposition au VIH ou la non-divulgence du VIH et d'abroger le recours à des lois générales et à des lois spécifiques au VIH qui ont cet effet.³⁶ La Commission a affirmé que l'impact de la criminalisation de comportements entre adultes par ailleurs consensuels était disproportionné et avait une incidence néfaste aux mesures de santé publique. Les deux principales raisons offertes pour criminaliser la transmission du VIH sont de punir une conduite préjudiciable en imposant un châtiment par le biais du droit pénal, et de prévenir la transmission du VIH en dissuadant des individus d'avoir certains comportements ou en modifiant les comportements. Cependant, comme le signalent les conseils de l'ONUSIDA et du PNUD à ce sujet, l'application du droit pénal à la transmission du VIH ne contribue pas à ces objectifs, hormis dans des cas très rares de transmission intentionnelle du VIH.³⁷

« Ma vie ne sera plus la même, après avoir connu la criminalisation du VIH. Mes 30 années de travail comme infirmière se consacrant à sauver des vies ont été effacées. J'ai passé près d'une année en prison. J'ai été étiquetée comme une criminelle et une meurtrière, même si je n'ai fait de mal à personne. »

Rosemary Namubiru, une infirmière ougandaise

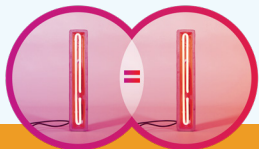
36. Programme des Nations Unies pour le développement, Commission mondiale sur le VIH et le droit : Risques, droit et santé, juil. 2012.

37. ONUSIDA/PNUD, Policy Brief: Criminalization of HIV Transmission, 2008.

38. Lee SG, Does Criminalisation of HIV Transmission Truly Promote Public Health Goals: Review of Ten African HIV Laws, *Med. L Int'l* 9: 3: 245-262 (2008); Lehman JS, Carr MH, Nichol AJ, et al, Prevalence and Public Health Implications of State Laws that Criminalize Potential HIV Exposure in the United States, *AIDS Behav* 18: 997-1006 (2014); Patterson SE, Milloy MJ, Ogilvie G, Greene S, et. al., The impact of criminalization of HIV non-disclosure on the healthcare engagement of women living with HIV in Canada: a comprehensive review of the evidence, *J Int AIDS Soc*, 22 Dec 2015;18:201572; Mykhalovskiy E, The Public Health Implications of HIV Criminalization: Past, Current, and Future Research Directions, *Critical Public Health*, 2015;25(4):373–85; O'Byrne P, Bryan A, & Roy M, HIV Criminal Prosecutions and Public Health: An Examination of the Empirical Research, *Medical Humanities*, 2013;39(2):85–90.
39. Eba PM, HIV-Specific Legislation in Sub-Saharan Africa: A Comprehensive Human Rights Analysis, *15 Afr. Hum. Rts. L.J.* 224 (2015).
40. Patel P, Borkowf CB, et al, Estimating per-act HIV transmission risk: a systematic review, *AIDS*. Juin 2014, 28(10):1509–1519 [par exemple, le risque de transmission par acte de pénétration anale reçue est estimé à 138 infections par 10 000 expositions].

Plusieurs législatures nationales ou du palier des états ou des provinces ont adopté des lois prévoyant de lourdes peines, en criminalisant la non-divulgence du VIH, l'exposition potentielle ou perçue et/ou non intentionnelle, en dépit de l'absence de données pour démontrer que de telles lois ont pour effet de réduire la transmission du VIH ou de produire des bienfaits de santé publique.³⁸ Les lois d'ordre général utilisées pour criminaliser la transmission, la non-divulgence du VIH ou l'exposition à celui-ci comptent souvent parmi celles qui sont passibles des peines les plus lourdes à la disposition des responsables de l'application de la loi – par exemple, l'agression sexuelle, l'agression sexuelle grave et la tentative de meurtre. Dans un examen de 2015 portant sur les lois spécifiques au VIH dans 27 pays de l'Afrique subsaharienne, on a observé que plusieurs telles lois spécifiquement contrevenaient aux protections des droits humains fondamentaux; notamment les lois prévoyant le dépistage obligatoire du VIH, la notification non volontaire des partenaires et la criminalisation de la non-divulgence du VIH ou de l'exposition à celui-ci.³⁹ Certaines lois prévoient des peines considérables pour condamner une conduite impliquant un risque négligeable, voire nul, de transmission, comme le sexe oral ou le fait de mordre ou de cracher. Plusieurs de ces lois datent de l'époque précédant l'émergence de données scientifiques sur l'efficacité des ARV pour prévenir la transmission du VIH, ou font fi de l'utilisation du condom qui est d'une efficacité de 100 % lorsqu'il est utilisé correctement et ne se rompt pas. De plus, ces lois négligent de prendre en considération le fait que le risque de transmission du VIH par acte unique, même sans un TAR, est faible.⁴⁰

Ces lois et l'attention médiatique sensationnaliste entourant les poursuites liées au VIH alimentent la peur, les idées fausses et la stigmatisation, concernant le VIH, dans le public. Le risque de transmission du VIH est négligeable lorsqu'un condom est correctement utilisé ou lorsque le partenaire vivant avec le VIH suit un traitement antirétroviral efficace. Des poursuites criminelles injustifiées nuisent également à la considération de la responsabilité partagée dans la prise de décision, entre un partenaire séropositif et un séronégatif. Il est plus que temps que les lois emboîtent le pas à ces réalités. Nombre de leaders communautaires,



« À présent que nous avons des données démontrant clairement que les personnes vivant avec le VIH qui ont une charge virale indétectable ont une probabilité quasi-nulle de transmettre le VIH à leurs partenaires, il est plus que temps que les lois emboîtent le pas à la science. »

Ryan Peck, HIV & AIDS Legal Clinic Ontario

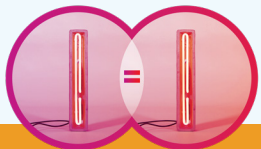
de groupes de plaidoyer juridique, de cliniciens et de scientifiques ont dénoncé ouvertement le recours indûment large au droit pénal pour des allégations de non-divulgation du VIH.⁴¹

Il est important que la loi n'établisse pas de distinction entre les personnes vivant avec le VIH qui ont atteint une charge virale indétectable et celles qui ne l'ont pas atteinte, ce qui punirait des personnes vivant avec le VIH qui n'ont peut-être pas accès au TAR ou au test de la charge virale ou qui choisissent de ne pas suivre de traitement. La position de l'ICASO est conforme aux recommandations internationales selon lesquelles l'application du droit criminel devrait se limiter à des circonstances exceptionnelles touchant la transmission intentionnelle et avérée, comme indiqué ci-dessus. Les récentes preuves cliniques concernant la probabilité nulle de transmission sexuelle en présence d'un TAR supprimeur apportent un appui scientifique additionnel au plaidoyer pour l'abolition ou la réforme des lois injustes qui criminalisent et stigmatisent les personnes vivant avec le VIH.

41. Swiss Statement, *supra* note 7; Loutfy M, Tyndall M, Baril J-G, Montaner J, Kaul R, Hankins C, Énoncé de consensus canadien sur le VIH et sa transmission dans le contexte du droit criminel, *Can J Infect Dis Med Microbiol*, mai-juin 2014; 25(3): 135–140; Albert M, et al. Risk of HIV transmission from patients on antiretroviral therapy: A position statement from the Public Health Agency of Sweden and the Swedish Reference Group for Antiviral Therapy. *Scand J Infect Dis* 2014, 46:10; Boyd M et al. Sexual transmission of HIV and the law: an Australian medical consensus statement. *Med J Aust* 2016; 205 (9): 409-412; Bernard EJ, One Shouldn't Convict People for Hypothetical Risks: Developments in European Criminal Law and Policy following Increased Knowledge and Awareness of the Additional Prevention Benefit of Antiretroviral Therapy, 2015, HIV Justice Prevention Network.

Les récentes données cliniques concernant l'efficacité du TAR pour éliminer la possibilité de transmission du VIH peuvent être utiles pour plaider pour un meilleur accès aux antirétroviraux, au test de la charge virale et à d'autres interventions d'efficacité démontrée en lien avec le VIH. De tels efforts sont particulièrement cruciaux dans le Sud mondial, où l'accès au TAR et au test de charge virale demeure bien inférieur aux niveaux nécessaires à l'atteinte des cibles 90-90-90 et à la réalisation de I=I pour les personnes vivant avec le VIH.

Il est important également de reconnaître les préoccupations signalées par des organismes de défense des intérêts des personnes vivant avec le VIH, quant à la nécessité que les messages concernant I=I n'éclipsent pas l'importance du traitement pour la santé individuelle, et à la prudence contre l'exploitation de messages concernant « le traitement comme outil de prévention » afin de forcer des personnes à se faire traiter. L'autonomie de l'individu dans les décisions en matière de traitement demeure un principe fondamental des droits humains. Comme l'indique clairement le présent document, l'accès actuel au TAR et aux diagnostics viraux est limité et sa distribution est inégale dans les régions et populations, de même qu'entre celles-ci. Cependant, cette nouvelle information a d'importantes implications pour l'activisme communautaire et le plaidoyer, dans plusieurs domaines cruciaux à l'atteinte des cibles de la stratégie 90-90-90. Il faut qu'elle soit communiquée aux autorités de santé publique, aux cliniciens et aux travailleurs communautaires, afin d'assurer que les personnes vivant avec le VIH reçoivent une information d'actualité et fondée sur les données probantes. Au palier individuel, il s'agit également d'offrir aux personnes vivant avec le VIH une information exacte et fondée sur les droits afin qu'elles puissent prendre des décisions éclairées, quant à leurs besoins sociaux et de santé sexuelle et génésique.





icaso
until **we** end aids

120 Carlton St., Suite 311
Toronto, ON
Canada M5A 4K2

+1 416 921 0018
www.icaso.org
icaso@icaso.org