Été 2019

REMAÏDES

#32
Québec

VIH : histoires de femmes

Comité de rédaction : Daniel-Claude Gendron, Marie-Élaine LaRochelle, René Légaré, Laurette Lévy, Yolaine Maudet, Cassandre Therrien

Relecture des textes : Marie-Élaine LaRochelle, René Légaré, Laurette Lévy, Cassandre Therrien

Coordination éditoriale :
René Légaré, T. : 514 844 2477, poste 30 ;
Courriel : rene.legare@cocqsida.com
Marie-Élaine LaRochelle, T. : 514 844 2477, poste 29 ;
Courriel : remaides@cocqsida.com

Diffusion et abonnements :
Marie-Élaine LaRochelle, T. : 514 844 2477, poste 29;
Courriel : remaides@cocqsida.com

Mise en page : Zone créative | zonecreative.ca

Impression : Ressource,
3575, boul. Saint-Laurent, bureau 100
Montréal (Québec) H2X 2T7
Quadrimestriel. Tirage : 1650 ex.

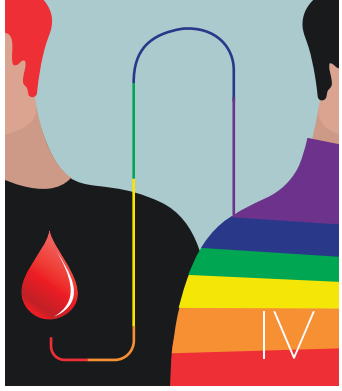
Les articles publiés dans *Remaides Québec* peuvent être reproduits avec mention de la source. La reproduction des photos, des illustrations et des témoignages est interdite, sauf avec accord de l'auteur·e.

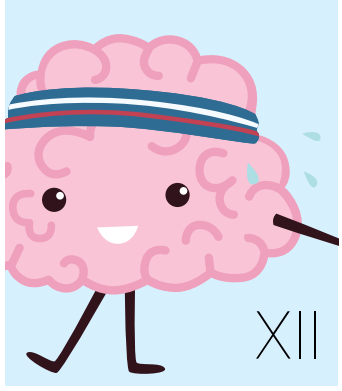
Limites de responsabilité : Toute information touchant le VIH/sida et son traitement ne prétend pas remplacer l'avis d'un·e professionnel·le de la santé spécialisé·e dans ce domaine. Il ne s'agit pas de conseils médicaux. Toute décision concernant votre traitement doit être prise en collaboration avec un·e professionnel·le de la santé spécialisé·e en VIH/sida.

Toute information juridique contenue dans cette revue ne peut être interprétée comme une opinion juridique. Si vous souhaitez obtenir des renseignements d'ordre juridique vous concernant, vous devez consulter un·e avocat·e à cette fin. Vous pouvez aussi communiquer avec VIH INFO DROITS :
T. : 1 866 535 0481, poste 34;
Courriel : vih-infodroits@cocqsida.com

Bien que l'information dans cette revue se veuille la plus actuelle, complète et exhaustive possible, nous ne pouvons en garantir l'exactitude. Les organismes et collaborateur·trices partenaires de cette publication n'assument aucune responsabilité quant à l'usage des renseignements que l'on y retrouve. Ils et elles déclinent toute responsabilité quant au contenu des références citées.

Par souci d'inclusion, *Remaides Québec* utilise le point médian « · » pour intégrer le féminin à l'écrit. Le but est de cesser l'emploi du masculin générique et de rendre visible la présence des femmes.





III
Édito
Ces femmes invisibles
Par Laurette Lévy

IV
Brèves
Quoi de neuf doc ?
Par Yolaine Maudet et Cassandre Therrien

V
Dossier
Envisager des soins VIH axés sur les femmes : perspectives de l'étude CHIWOS
Par Laurette Lévy

IX
Dossier
Criminalisation du VIH : Quand la justice ne semble pas comprendre I = I
Par Léa Pelletier-Marcotte

XII
Entrevue
Se faire une tête sur la santé du cerveau : entretien avec Dre Marie-Josée Brouillette
Par Marie-Élaine LaRochelle

XIV
Brèves
Intérêt de connaître
Par Yolaine Maudet

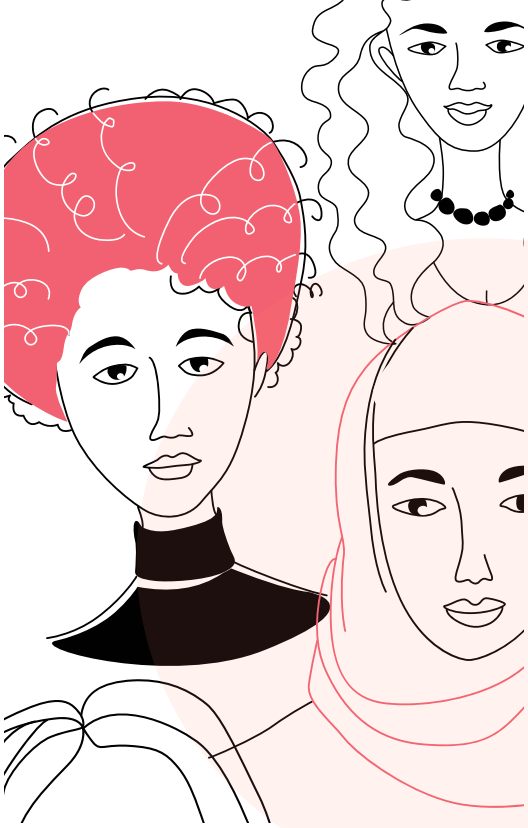
XV
BD Super-Séropo
Défier les processus
Par Daniel-Claude Gendron

Vous avez la parole… **Prenez-la !**

Témoignez de votre vécu !
Participez à la création du magazine !

Écrivez à :
REMAIDES Québec,
1, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2X 3V8
ou à : remaides@cocqsida.com

Ces femmes invisibles



Depuis quelque temps, nous flirtons avec l'optimisme car les bonnes nouvelles se succèdent. Les thérapies se simplifient, les effets secondaires s'amenuisent, la transmissibilité n'est plus possible grâce à l'indétectabilité de la charge virale, notre espérance de vie s'accroît et beaucoup de personnes séropositives ont trouvé un amoureux ou une amoureuse.

Pourtant, la situation n'est pas toujours rose, et de nombreuses personnes décrochent des soins. Ce sont, la plupart du temps, les plus vulnérables de notre société, celles qui vivent dans la précarité. Trop souvent, ce sont des femmes.

Retour en arrière. En 2017, le gouvernement fédéral apporte des changements majeurs au modèle de financement, ce qui entraîne une baisse importante des subventions pour 40 groupes communautaires canadiens, dont plusieurs dédiés aux femmes séropositives. Ces organismes doivent alors couper dans les services de soutien, et nombre d'entre eux vont jusqu'à fermer leurs portes. Après le CRISS du Québec et *Voices of Positive Women* de l'Ontario, c'est le *Positive Women's Network* de la Colombie-Britannique – un autre organisme « par et pour » les femmes – qui vient de disparaître.

Dès 1990, les femmes séropositives ont fait valoir leurs revendications spécifiques et créé leurs propres organisations. En 2000, le mouvement a montré toute sa force lors de la première conférence canadienne sur les femmes et les filles séropositives où étaient regroupé·es médecins, scientifiques et militantes de tous âges et de tous milieux.

Aujourd'hui, l'urgence semble passée. Pour la plupart, nous vivons dans une certaine normalité avec des thérapies allégées. Nous avons vieilli et le militantisme a beaucoup diminué, puisque tout semble bien aller. Vraiment ?

Pas pour tout le monde. Des résultats d'une étude présentée plus en détails dans ce numéro (dossier CHIWOS, page VIII) montrent l'improbable : certaines femmes présenteraient un taux anormalement élevé de mortalité.

Les chercheures indiquent que celles qui ont souffert de violence, d'abus, qui se débattent avec des problèmes d'alcool, de drogues, de santé mentale ou qui n'ont pas de logement adéquat, ainsi que les plus jeunes ont peu ou n'ont pas accès aux soins dont elles ont besoin pour survivre.

Quand ça va mieux, on a tendance à oublier que les plus marginalisées peuvent encore faire face à des problématiques complexes. On ne leur donne pas la parole, elles sont abandonnées à leur sort, invisibles même à nos yeux – nous, femmes séropositives plus privilégiées. Alors restons optimistes, mais soutenons toutes ces invisibles dans leurs revendications pour des soins de santé adaptés à leurs besoins, un logement décent, des groupes d'entraide, de soutien en santé mentale, des services de réduction des méfaits.

Quelle que soit la façon dont nous avons été infectées, quelles que soient nos histoires, continuons notre mobilisation pour que nous toutes ayons des conditions de vie et de santé décentes, avec les mêmes chances de survie.

Laurette Lévy
pour le comité de rédaction
de *Remaides Québec*

Quoi de neuf doc ?

Un ouvre-boîte pour traquer le point faible du VIH

Une équipe internationale de recherche – parmi laquelle des membres du Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM) – a développé un « ouvre-boîte moléculaire ». Cette méthode permet d'ouvrir le VIH, telle une boîte de conserve, et de mettre à jour les points faibles du virus, permettant aux anticorps d'agir.

L'ouvre-boîte existait, en recherche, depuis 2015, mais la nouveauté cette fois-ci est que ces molécules forcent le virus à changer la configuration de son enveloppe, d'une façon qui n'avait jamais été observée auparavant et qui expose ses vulnérabilités.

Ceci a permis de créer une cartographie de ces fameux points faibles cachés à l'intérieur du VIH, grâce à des outils sophistiqués d'imagerie. L'étape suivante serait de transformer cette découverte en médicament.

L'équipe de chercheur·es vient d'obtenir du financement pour tester sa découverte sur des animaux, mais le chemin sera long avant d'arriver à un éventuel traitement fondé sur cette approche. **Source : *La Presse***

Désimplifier le traitement du VIH

À mesure qu'augmente le nombre de personnes prenant un traitement contre le VIH, le coût des traitements pour les régimes d'assurances publics et privés augmente également. C'est pourquoi une équipe de recherche de la *Southern Alberta Clinic* de Calgary a affirmé que la « désimplification des traitements » (séparer les médicaments de marque en plusieurs comprimés génériques) permettrait de générer des économies substantielles.

Depuis quelques années, des compagnies pharmaceutiques ont introduit des régimes anti-VIH complets en un seul comprimé. Ces « formulations à comprimé unique » (FCU) sont largement utilisées parce qu'elles sont très pratiques. Or, l'efficacité du traitement ne serait en aucun cas diminuée en séparant les comprimés, ont précisé les chercheur·es albertain·es.

Cependant, la désimplification n'est peut-être pas idéale dans tous les cas. Elle pourrait notamment ne pas convenir aux personnes qui voyagent, aux personnes âgées et à celles qui éprouvent des problèmes d'observance. **Source : CATIE**

Don de sang : maintenant plus accessible

Depuis le 3 juin, les hommes gais, bisexuels et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes peuvent donner leur sang après trois mois d'abstinence, contre un an précédemment.

Santé Canada a accepté les demandes d'Héma-Québec et de la Société canadienne du sang de baisser ce délai d'un an à trois mois. Déjà en 2016, une avancée avait été amorcée en réduisant le délai de cinq à un an.

Cependant, plusieurs hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes estiment qu'ils devraient pouvoir donner leur sang sans se soumettre à de tels délais.

À noter que les consommateur·trices de cocaïne par voix intranasale peuvent désormais donner leur sang même s'ils ou elles ont consommé dans les jours précédant leur don. Avant cela, il leur fallait attendre six mois avant leur dernière consommation. **Source : *La Presse***

Yolaine Maudet et Cassandre Therrien

Depuis plus de six ans, l'étude CHIWOS vient pallier le manque d'information en lien avec les circonstances sociales spécifiques aux femmes vivant avec le VIH. En tout, 1422 femmes séropositives à travers le Canada y ont participé. Après une ultime vague de collecte de données en 2018, les derniers résultats sont maintenant disponibles. Pour souligner la fin de cet ambitieux projet, l'équipe québécoise de CHIWOS a organisé une célébration au mois de mai 2019. *Remaides* y était.

Envisager des soins VIH axés sur les femmes : **perspectives de l'étude CHIWOS**

Le 30 mai dernier, dans le Vieux-Montréal, s'est tenue une demi-journée de célébration pour remercier les participantes de l'étude CHIWOS au Québec, et pour leur présenter les résultats. Une belle initiative pour un transfert des connaissances chaleureux et informatif.

Reprenons l'historique de ce projet ambitieux et innovateur. En pratique et en théorie, et ce depuis le début de l'épidémie, les femmes séropositives ont toujours été sous-représentées dans les études : généralement de petits échantillons et peu d'informations sur leurs besoins spécifiques en santé.

On sait qu'il y a des inégalités de soins entre les femmes et les hommes et souvent des diagnostics plus tardifs, mais comment expliquer l'écart significatif entre le moment du diagnostic et le début du suivi médical ? Il est d'un à trois mois pour les hommes, alors que pour les femmes cela peut prendre jusqu'à un an !

En outre, pourquoi de nombreuses femmes n'atteignent-elles pas une charge virale indétectable ? Et que dire de « l'oubli » fréquent des lignes directrices canadiennes qui recommandent que les femmes séropositives aient un test de Pap[1] chaque année ?

Pour toutes ces raisons et bien d'autres, et pour mettre en lumière les obstacles structurels à l'accès aux soins de santé des femmes séropositives, des chercheures cliniciennes du domaine académique et du milieu communautaire ainsi que des femmes séropositives se sont regroupées pour former une équipe multidisciplinaire, engagée à créer une étude de cohorte

[1] La cytologie ou test de Pap est un examen de quelques minutes qui consiste à prélever des cellules à l'entrée du col de l'utérus afin de vérifier si elles sont normales.

par et pour les femmes : l'étude CHIWOS (*Canadian HIV Women's Sexual and Reproductive Health Cohort Study*). Onze groupes de discussion à travers le Canada ont permis d'élaborer un questionnaire de 100 pages comportant dix sections différentes afin de couvrir tous les domaines et tous les groupes de femmes : migrantes, autochtones, urbaines, en région, etc. Enfin, des paires ont été formées en recherche (méthodologie, éthique et écoute active) pour créer un climat de confiance avec les participantes et faire passer ces longs questionnaires.

C'est en 2011 qu'un financement initial a permis d'établir la première cohorte de femmes séropositives au Canada. Il y a eu trois phases de questionnaires entre 2013 et 2018 avec des ajouts et des précisions à chaque fois. La première phase a recruté 1422 participantes, la deuxième, 1252 et la troisième, 1151.

Un taux de rétention exceptionnel de 84 % sur les cinq ans d'étude démontre combien toutes ces femmes avaient besoin de partager leurs histoires. Ce fait a encouragé les chercheures : il est évident que malgré la longueur de ces questionnaires et le caractère parfois intrusif des questions sur la violence sexuelle ou d'autres sujets délicats, les femmes veulent parler et s'exprimer, car elles ont rarement la chance de le faire.

Pour faire suite à la présentation à laquelle *Remaides Québec* a assisté, voici quelques recommandations ainsi que certains résultats qui semblent primordiaux pour quiconque se soucie de la santé des femmes séropositives actuellement.

- Environ 79 % des femmes interviewées vivent une insécurité alimentaire et/ou une insécurité en ce qui concerne le logement. Il est donc évident que penser à se soigner devient secondaire si les besoins de base ne sont même pas satisfaits.

- Il est nécessaire d'intégrer la question de la planification des naissances (contraception, maternité, interruption de grossesse) dans le suivi des soins de routine des femmes séropositives. Il s'agit de discuter ouvertement avec elles de leurs désirs de procréation, en plus de leur offrir du counseling en matière de contraception.

- Environ 50 % des femmes interviewées sont inactives sexuellement. Est-ce une volonté assumée d'abstinence sexuelle, des craintes fondées sur les cas de criminalisation au pays ou y a-t-il dans la population hétérosexuelle beaucoup de tabous entourant la sexualité des personnes séropositives ? I = I[1] va-t-il faire changer la mentalité des gens ?

- Le mode d'acquisition de l'infection des femmes est différent de celui des hommes. Une relation sexuelle non consentie est le troisième mode le plus fréquent ce qui traduit donc un mode d'acquisition directement lié aux violences contre les femmes. En effet, près de 50 % des femmes interrogées rapportent avoir vécu des épisodes de violence à l'âge adulte. Une femme séropositive sur deux a vécu de la violence, ce qui est beaucoup plus important que dans la population en général. La violence est donc un important facteur de risques.

- Enfin, un autre résultat alarmant reste le taux élevé de décès pendant les cinq années des trois vagues de questionnaires. 61 femmes sont décédées durant cette période, ce qui correspond à un taux de mortalité de 4,3 %, un taux beaucoup plus élevé que celui des hommes. Il semble qu'il y ait eu une surreprésentation de femmes très marginalisées vivant en Colombie-Britannique ce qui pourrait correspondre à la crise des opioïdes vécue dans cette province.

Évidemment, les chercheures et plusieurs étudiantes au doctorat et à la maîtrise vont continuer d'analyser ces données pour, entre autres, raffiner le portrait de la situation des femmes séropositives au pays afin d'améliorer leur prise en charge, leurs soins de santé et répondre aux barrières socioéconomiques et à la stigmatisation auxquelles elles se trouvent encore trop souvent confrontées.

***Remaides Québec* vous invite à visiter le site web de CHIWOS afin de lire le rapport complet de l'étude ainsi que tous les articles publiés récemment.**
www.chiwos.ca

Laurette Lévy

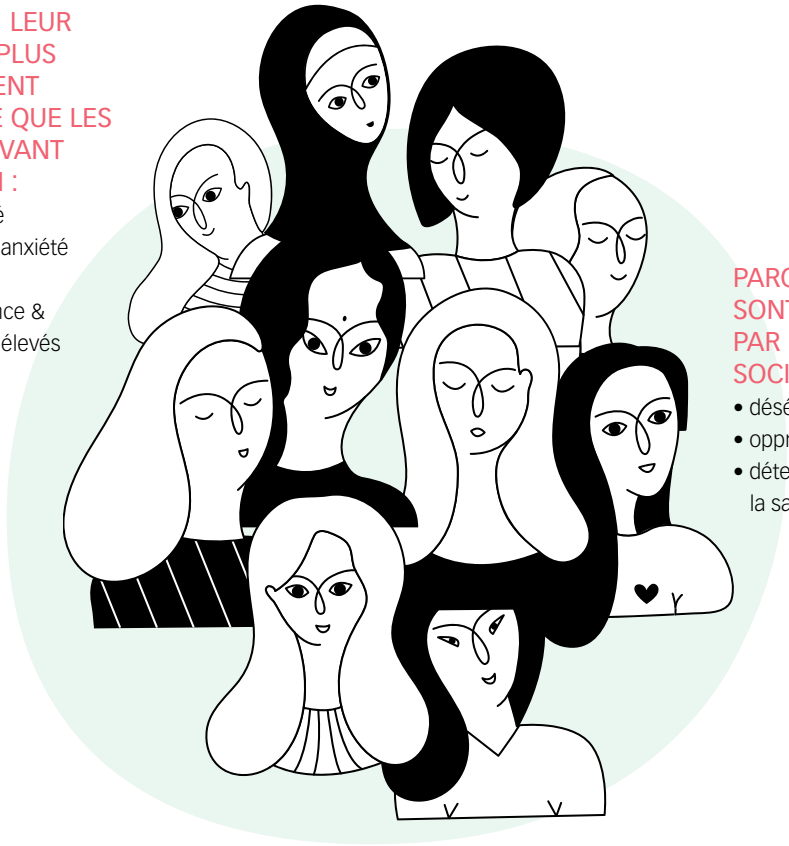
[1] I = I pour "Indétectable = Intransmissible" signifie qu'une personne dont la charge virale est indétectable depuis plus de six mois, qui prend adéquatement son traitement et est suivie régulièrement par un médecin, ne transmet pas le VIH à un·e partenaire sexuel·le.

Pourquoi une étude sur les femmes **vivant avec le VIH ?**

PARCE QU'ELLES ACCÈDENT AUX SOINS ET AUX ANTIRÉTROVIRAUX MOINS RAPIDEMENT QUE LES HOMMES VIVANT AVEC LE VIH

PARCE QUE LEUR SANTÉ EST PLUS DIFFICILEMENT MAINTENUE QUE LES HOMMES VIVANT AVEC LE VIH :

- indétectabilité
- dépression & anxiété
- isolement
- taux de violence & traumatismes élevés



PARCE QU'ELLES SONT PLUS AFFECTÉES PAR LES INÉGALITÉS SOCIALES:

- déséquilibres de pouvoir
- oppression et violence
- déterminants sociaux de la santé

Ceci est une adaptation d'un visuel créé par

CHIWOS

Pour représenter les femmes dans toutes leurs diversités !

PARTICIPEZ

AU VOLET QUÉBÉCOIS DE LA PLUS GRANDE RECHERCHE SUR LA STIGMATISATION AU MONDE

INDEX DE LA STIGMATISATION DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

Nous invitons toutes les personnes vivant avec le VIH de 18 ans ou plus qui habitent au Québec à participer à cette recherche internationale qui vise à mettre en place des solutions concrètes pour combattre la stigmatisation.

Participation confidentielle. Pour remplir le questionnaire en ligne :

www.indexenligne.quebec

L'objectif de cette recherche consiste à déterminer les formes de discrimination et de stigmatisation associées au VIH et de mieux comprendre dans quels contextes elles se manifestent.

Le questionnaire comporte une centaine de questions à choix multiples, et devrait demander entre trente minutes et une heure pour y répondre. À la fin du questionnaire, vous aurez la possibilité de vous participer à un tirage qui aura lieu le 2 décembre 2019 où vous courrez la chance de gagner l'une des trois (3) cartes-cadeaux Mastercard de 50$.

Illustration: Gerd Altmann de Pixabay

COCQ-SIDA
Membre de la Coalition Internationale Sida

UQÀM

PRATICS 20

Indétectable, intransmissible et le critère de la « possibilité réaliste de transmission » ne font souvent pas bon ménage. De fait, le droit criminel au Canada nuit à une réelle appropriation de « Indétectable = Intransmissible[1] ». Voici pourquoi.

Criminalisation du VIH : quand la justice ne semble pas comprendre I=I

En 2012, la Cour suprême du Canada a déterminé, dans deux jugements phares[2] que les personnes vivant avec le VIH avaient l'obligation de divulguer leur statut sérologique à leur partenaire dès lors qu'existait une « possibilité réaliste de transmission du VIH ». L'une de ces décisions avait trait à l'histoire de *D*.

D s'est fait poursuivre par son ex-conjoint parce qu'elle ne lui aurait pas dit qu'elle vivait avec le VIH avant leur première relation sexuelle. Selon *D*, un condom avait été utilisé alors que selon le plaignant, il n'y en aurait pas eu. La charge virale de *D* était, au moment des faits, indétectable.

Déjà en 2012, il était connu que les risques de transmission du VIH étaient proportionnels à la charge virale. La science démontrait alors que lorsque le traitement antirétroviral est efficace et la virémie supprimée, les risques de transmission étaient négligeables, voire inexistants.

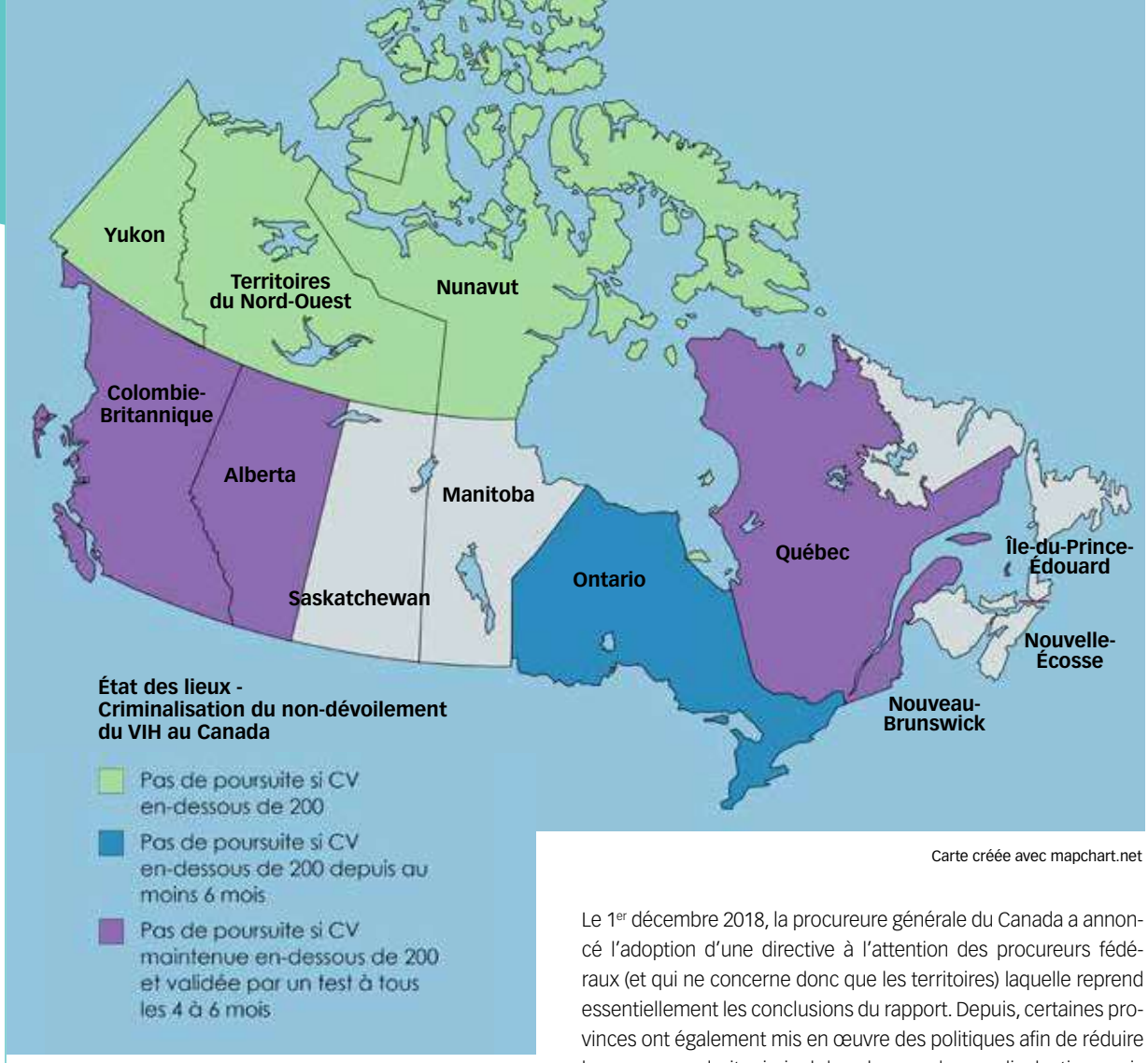
Or, la charge virale indétectable de *D* à elle seule n'a pas suffi à convaincre les juges qu'il n'existait aucune « possibilité réaliste de transmission du VIH »[3]. Pour la Cour, seule la combinaison d'une charge virale faible[4] ou indétectable ET le port d'un condom lors d'une relation vaginale pouvait réellement nier toute « possibilité réaliste de transmission »[5]. Bien que la Cour ait également mentionné que l'interprétation de ce que constitue une « possibilité réaliste de transmission » avait besoin de s'adapter aux futures avancées thérapeutiques et scientifiques, plusieurs tribunaux au pays ont dès lors appliqué à la lettre ce critère. Ce faisant, des personnes vivant avec le VIH se sont vues accusées, poursuivies et condamnées pour ne pas avoir divulgué leur statut sérologique et ce, même dans les cas où il n'existait aucun risque de transmission – notamment lorsque la personne accusée avait une charge virale indétectable. Après que la procureure générale du Canada ait reconnu, en 2016, le problème de surcriminalisation des personnes vivant avec le VIH, le ministère de la Justice a publié un rapport sur la réponse du système de justice pénale à la non-divulgation de la séropositivité en décembre 2017. Ce rapport comprenait des recommandations importantes afin de limiter le recours injuste au droit criminel.

Charge virale inférieure à 200

En vertu de la nouvelle approche québécoise, les poursuites en non-divulgation **semblent désormais improbables** lorsque :

1) La personne vivant avec le VIH prend un traitement contre le VIH comme prescrit
2) Le traitement maintient la charge virale en-dessous de 200 copies/ml
3) La charge virale est mesurée au moins deux fois par année

[1] Voir la note au bas de la page VI pour la définition.
[2] *R. c. Mabior*, [2012] 2 R.C.S. 584 ; *R. c. D.C.*, [2012] 2 R.C.S. 626
[3] Au final, *D* a été acquittée par la Cour suprême parce qu'il n'était pas possible de déterminer si un condom avait été utilisé ou non lors de la relation sexuelle en question.
[4] Aux fins du droit criminel canadien, une charge virale « faible » est inférieure à 1500 copies/ml et une charge virale « indétectable » est inférieure à 200 copies/ml.
[5] Ce critère a été développé autour de faits ayant trait à une relation sexuelle impliquant une pénétration vaginopénienne (pénis dans le vagin).



Carte créée avec mapchart.net

Parmi celles-ci, notons :

- Que des poursuites ne devraient pas être intentées lorsque la personne vivant avec le VIH a conservé une charge virale inférieure à 200 copies/ml parce qu'il n'existe pas, dans ce cas, de possibilité réaliste de transmission ;
- Que des poursuites ne devraient généralement pas être intentées lorsque, sans avoir une charge virale inférieure à 200 copies/ml, une personne a utilisé des condoms ou n'a eu que des rapports sexuels bucco-génitaux, ou prenait un traitement contre le VIH comme prescrit, car il n'y aurait vraisemblablement pas, dans ces cas, de possibilité réaliste de transmission, à moins qu'il y ait présence d'autres facteurs de risque ; facteurs qui n'ont pas été nommés.

Le 1er décembre 2018, la procureure générale du Canada a annoncé l'adoption d'une directive à l'attention des procureurs fédéraux (et qui ne concerne donc que les territoires) laquelle reprend essentiellement les conclusions du rapport. Depuis, certaines provinces ont également mis en œuvre des politiques afin de réduire le recours au droit criminel dans les cas de non-divulgation, mais aucune ne va aussi loin que la directive fédérale.

Charge virale et risque de poursuites : état des lieux

Au Canada

Sept ans après les décisions de la Cour suprême, et à l'époque de I=I, comment la charge virale indétectable est-elle prise en compte par le système de justice pénale au pays ? Cela dépend de l'endroit où on se trouve.

En Ontario, une personne vivant avec le VIH qui suit son traitement tel que prescrit et qui aura maintenu une charge virale inférieure à 200 copies/ml pendant au moins six mois avant l'acte sexuel ne sera pas poursuivie[6].

En Alberta, en Colombie-Britannique[7], il n'y aura pas de poursuites à l'égard des personnes vivant avec le VIH qui suivent

leur traitement et auront maintenu une charge virale inférieure à 200 copies/ml, mesurée selon des tests consécutifs dans un intervalle de quatre à six mois.

Par contre, **au Yukon, dans les Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut**, une personne qui aura eu une charge virale inférieure à 200 copies/ml au moment de l'acte sexuel ne sera pas poursuivie pour ne pas avoir préalablement divulgué son statut sérologique, sans égard au traitement ou à quelconque intervalle[8].

Au Québec

Après avoir respecté à la lettre le test des arrêts de la Cour suprême exigeant la combinaison du port du condom et d'une charge virale faible ou indétectable, le système de justice pénale au **Québec** semble désormais s'ouvrir au concept de « I = I ». En 2018, des accusations visant des personnes vivant avec le VIH furent abandonnées à au moins deux occasions en raison de leur charge virale indétectable.

Puis, le 26 juin 2019, l'Institut national de santé publique a publié une brève qui semble confirmer que le Québec a adopté la même approche que la Colombie-Britannique et l'Alberta sur la charge virale indétectable. Selon cette approche, des poursuites criminelles ne seraient pas justifiées à l'égard des personnes vivant avec le VIH qui prennent un traitement antirétroviral comme prescrit et dont la charge virale, mesurée aux quatre à six mois, se maintient à moins de 200 copies/ml parce que, dans une telle situation, le critère de la « possibilité réaliste de transmission du VIH » n'est pas satisfait.

Bien qu'il soit regrettable que la prise en compte de la charge virale indétectable demeure liée à son « maintien » et au traitement, il s'agit néanmoins d'une avancée appréciable. Reste à espérer que la science trouvera de plus en plus écho au sein des enquêtes policières, des décisions du DPCP, mais aussi au sein des tribunaux québécois, de sorte que le VIH ne soit plus considéré comme du ressort des cours de justice mais plutôt envisagé sous l'angle de la santé publique.

Léa Pelletier-Marcotte
Avocate et coordonnatrice,
programme Droits de la personne et VIH
à la COCQ-SIDA

Et si je n'ai pas une charge virale inférieure à 200 copies ?

Pour les personnes dont la charge virale est supérieure à 200, mais inférieure à 1500 copies, l'utilisation d'un condom lors de relations sexuelles devrait permettre ne pas correspondre au critère de possibilité réaliste de transmission et ainsi minimiser le risque de poursuites en non-divulgation (tel qu'établi dans l'arrêt Mabior).

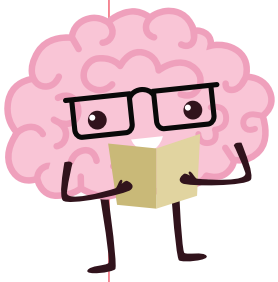
Pour les personnes qui n'utilisent qu'un condom (sans avoir maintenu une charge virale inférieure à 1500 copies) ou n'ont eu que des relations sexuelles bucco-génitales (sans avoir une charge virale inférieure à 200 copies), la nouvelle approche québécoise indique qu'en l'absence d'éléments susceptibles d'augmenter le risque de transmission du VIH (ex : condom défectueux, lésions génitales ou buccales), les poursuites sont dites « improbables », mais ne peuvent être exclues. Dans de tels cas, un expert sera chargé d'évaluer, au cas par cas, s'il existait bel et bien une « possibilité réaliste de transmission du VIH » et si des poursuites sont justifiées.

[6] Voir la « Directive no. 33 : Infractions d'ordre sexuel contre les adultes », dans le *Manuel des poursuites de la Couronne,* mise à jour le 1er décembre 2017, Ministère du Procureur général de l'Ontario.

[7] Voir la politique « *Sexual Transmission, or Realistic Possibility of Transmission, of HIV*» datée du 16 avril 2019 dans le *Crown Counsel Policy Manual*, Service des poursuites de la Colombie-Britannique.

[8] Voir la directive du Directeur des poursuites criminelle et pénales du Canada ayant trait à la non-divulgation de la séropositivité, 8 décembre 2018, *Gazette du Canada,* Partie 1, Volume 152, numéro 49. [8] Voir la publication «Obligation de divulguer son statut sérologique à ses partenaires sexuels ? Le système de justice pénale évolue » publiée le 26 juin 2019, Institut national de santé publique du Québec.

La psychiatre Marie-Josée Brouillette est l'une des trois cochercheures – avec la neurologue Lesley Fellows et l'épidémiologiste Nancy Mayo – de l'étude « Pour un cerveau en santé » qui vient d'obtenir le financement pour sa deuxième phase. Afin de partager certains résultats d'analyse de la première cohorte, composée de 856 personnes vivant avec le VIH à travers le Canada, Dre Brouillette s'est entretenue avec *Remaides Québec*.



Se faire une tête sur la santé du cerveau : entretien avec Dre Marie-Josée Brouillette

J'AIMERAIS D'ABORD COMPRENDRE D'OÙ VOUS EST VENUE L'IDÉE DE CETTE RECHERCHE ? POURQUOI LE CERVEAU EN PARTICULIER ?

DRE MARIE-JOSÉE BROUILLETTE : Peu de temps après l'introduction des nouveaux médicaments en 1996, j'ai commencé à recevoir des consultations de personnes vivant avec le VIH qui avaient des problèmes cognitifs [ndlr : mémoire, attention, concentration] qu'on associe généralement à une dépression très grave, mais dont ces gens ne souffraient pas.

C'était dérangeant, parce que les personnes vivant avec le VIH avaient enfin une médication leur permettant de vivre longtemps, mais vivre longtemps avec de gros problèmes cognitifs, ce n'est pas optimal.

MAIS CETTE RECHERCHE ABORDE AUSSI LES ENJEUX DE SANTÉ MENTALE, PAS SEULEMENT LES PROBLÈMES COGNITIFS ?

On a de tout ! C'est pour ça qu'on parle de « *brain health* » [ndlr : santé du cerveau]. On s'est dit, on va regarder le cerveau dans son ensemble. Un autre aspect novateur de cette recherche, c'est son approche globale [ndlr : santé holistique]. C'est quoi le support social des personnes, leur niveau de stress, leurs habitudes de vie ? Est-ce qu'elles fument ? Est-ce qu'elles consomment de la drogue ? Est-ce qu'elles font de l'exercice ?

Puis, si les gens développent des problèmes d'humeur ou des problèmes cognitifs, qu'est-ce que ça aura comme impact sur leur façon de fonctionner au travail, dans leur vie sociale, mais aussi sur leur qualité de vie ?

VOUS ALLEZ DONC CHERCHER BEAUCOUP DE TYPES DE DONNÉES DIFFÉRENTES.

On prend bien sûr des données médicales du dossier et on a développé un test cognitif par ordinateur. Mais à l'intérieur de la grosse étude, il y a aussi des sous-études pilotes portant sur différentes interventions reconnues comme pouvant améliorer la cognition.

VOUS AVEZ COMMENCÉ À ANALYSER LES RÉSULTATS DE LA PREMIÈRE PHASE DE L'ÉTUDE. JUSQU'À MAINTENANT, QUELLE EST VOTRE TROUVAILLE LA PLUS SURPRENANTE ?

La plus surprenante, je ne sais pas, mais voici la plus intéressante. D'abord, la recherche existante sur la cognition était surtout basée sur le testing neuropsychologique[1], mais les médecins ne peuvent pas référer tout le monde pour ce type de test.

Puis, un test cognitif peut nous donner de l'information pertinente, mais ce n'est pas la seule chose. C'est probable que si le patient a des troubles de santé mentale – dépression, anxiété – et que ces problèmes sont traités, même si le temps de réaction n'est pas plus rapide et que la mémoire n'est pas nécessairement améliorée, les gens pourraient ressentir moins de difficultés. Ça, au niveau clinique, ça ouvre beaucoup de possibilités. Donc nous, ce qu'on essaie d'améliorer, c'est ce que les gens rapportent comme problèmes, ce qu'on appelle les « plaintes cognitives ». Par exemple, si les gens ont beaucoup d'anxiété et qu'ils rapportent des problèmes cognitifs, est-ce que de faire une étude pilote sur la relaxation pourrait diminuer leur anxiété ?

On est encore dans l'analyse de ces résultats-là, mais l'implication c'est que les problèmes cognitifs, peuvent être approchés de plusieurs autres angles que juste la cognition mesurée. Et on peut regarder les facteurs qui influencent la cognition qu'on pourrait

[1] Le testing neuropsychologique, ou évaluation neuropsychologique, permet d'évaluer le fonctionnement des fonctions ou processus cognitifs. Ce test est particulièrement important pour évaluer la gravité d'une maladie neurologique (ex. Alzheimer) ou encore pour juger des séquelles d'un accident vasculaire cérébral ou d'un traumatisme crânien.

Crédit photo : Centre universitaire de santé McGill"

changer avec une intervention.

PARMI LES DONNÉES QUI SONT SORTIES, QU'EST-CE QUE VOUS POUVEZ ME DONNER D'AUTRE QUI SERAIT INTÉRESSANT POUR LE LECTORAT DE REMAIDES ?

Au départ, on se disait qu'on allait proposer des interventions informatisées, par ordinateur (ex. pour la dépression, l'insomnie). On se disait, c'est flexible, les gens vont pouvoir faire ça de chez eux. Et à notre surprise, les interventions de groupe ont été beaucoup plus populaires ! On s'est rendu compte que les gens qui vivent avec le VIH qui font partie de notre cohorte rapportent vivre beaucoup de solitude. En les mettant ensemble dans un groupe avec un but commun, ils ont tissé des liens très forts entre eux. Ils se faisaient des *partys*, des soupers…

Ça rejoint toute la littérature qui dit que la solitude n'est pas bonne pour la santé mentale ni pour la santé cognitive. Alors, toutes les activités sociales qui contribuent au bien-être vont avoir un impact positif sur la santé du cerveau.

AU NIVEAU DES CAUSES, EST-CE QUE VOUS VOUS RAPPROCHEZ D'UNE HYPOTHÈSE ?

On se rapproche d'une hypothèse qu'on va tester de façon beaucoup plus détaillée dans la deuxième phase. On pense qu'il y a un rôle très important des facteurs cérébraux vasculaires. Ça veut dire qu'en termes de prévention, il faut faire attention aux facteurs associés à la maladie cardiovasculaire. Dans notre étude, on a des gens qui consomment différentes substances, mais la seule ayant un impact sur la cognition mesurée, c'est le tabac ! Le tabac est néfaste pour la cognition. Et il y a beaucoup de fumeurs parmi les personnes qui vivent avec le VIH.

ÊTES-VOUS EN MESURE DE SAVOIR SI C'EST LE TABAC SEUL, OU LE TABAC EN INTERACTION AVEC LE VIH OU LES ANTIRÉTROVIRAUX QUI EST NÉFASTE ?

Il n'y a personne qui va dire, « les médicaments ne sont pas bons, arrêtez les médicaments ». On ne va pas là, c'est clair. On sait qu'il y a des choses liées au VIH, et peut-être à son traitement, qui ne sont pas bonnes pour le cerveau. Mais la question est : qu'est-ce qu'on peut contrôler ? Qu'est-ce que les gens peuvent faire pour minimiser les autres facteurs qui pourraient avoir un impact négatif sur leur cerveau ?

J'AIME LE CÔTÉ PRAGMATIQUE DE VOTRE ÉTUDE. TESTER DES INTERVENTIONS, VOIR SI ELLES FONCTIONNENT. AU-DELÀ DE VOULOIR COMPRENDRE, IL Y A UNE VOLONTÉ DE VOIR CE QU'ON PEUT FAIRE DÈS MAINTENANT POUR AMÉLIORER LA SANTÉ COGNITIVE.

Exactement. On ne va pas attendre d'avoir tout compris avant d'intervenir. Si par exemple, c'est démontré que l'exercice peut améliorer la cognition, pourquoi on ne l'essaierait pas? On voulait que les participants puissent bénéficier de leur participation à l'étude.

Dans la deuxième phase, l'accent sera encore plus marqué là-dessus. Notamment, il va y avoir de la rétroaction plus personnalisée. On a aussi développé – en collaboration avec la COCQ-SIDA et d'autres groupes communautaires à travers le Canada – un questionnaire de plaintes cognitives pour des personnes vivant avec le VIH. Nous sommes très contents de cette collaboration.

SI LES GENS VEULENT EN SAVOIR PLUS, IL Y A LE SITE WEB DE LA RECHERCHE. EST-CE QU'IL Y A AUTRE CHOSE QUI VA SORTIR PROCHAINEMENT ?

Oui, après nos demandes d'approbation éthiques pour la deuxième phase, on va se mettre sur la mise à jour du site web. Les gens devraient donc y trouver beaucoup plus d'informations dans les mois qui vont suivre. Et ensuite, on entre dans la deuxième phase de l'étude, qui va s'étaler sur 36 mois (3 ans).

ALORS ON RESTE À L'AFFÛT DES RÉSULTATS AU FUR ET À MESURE QU'ILS SORTENT. MERCI !

Cette entrevue a été éditée et condensée.

Marie-Élaine LaRochelle

Plus d'infos sur
brainhealthnow.mcgill.ca

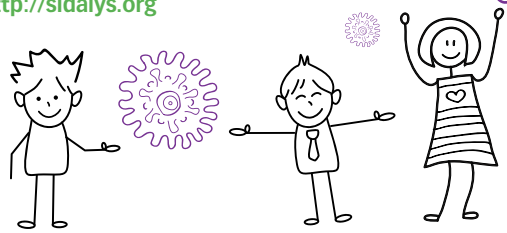
Intérêt de connaître

Nouvelle adresse temporaire pour le Centre Amaryllis

Depuis le 2 avril dernier, le Centre Amaryllis – centre d'hébergement pour les personnes vivant avec le VIH en situation de précarité, situé à Montréal – a établi ses quartiers sur la rue Bonne-Famille. L'édifice vétuste où résidait précédemment le centre doit être démoli puis reconstruit. Entre temps, il fallait trouver une nouvelle place pour les résident·es. C'est chose faite au grand soulagement de toutes et de tous.

En effet, l'annonce a été connue quelques jours avant la date butoir. Une trentaine de résident·es a donc emménagé temporairement dans les nouveaux locaux. Cela permet de garder l'équipe en place et de rassurer les résident·es.

Rappelons que Le Centre Amaryllis est géré par la Fondation Sidalys qui comprend également les Habitations Jean-Pierre-Valiquette et le Centre Sida Secours, tous en lien avec des soins pour les personnes vivant avec le VIH/sida. Pour son tout nouvel édifice, la Fondation Sidalys est à la recherche de 40 000 à 50 000 $ provenant de fonds privés. **http://sidalys.org**



La lutte contre le VIH a toujours besoin d'appuis

Au mois de mars, la rémission d'un patient atteint du VIH a fait les manchettes à travers le monde. Mais ce rare cas de rémission ne doit pas faire oublier la lutte contre le VIH, comme le montre l'exemple de *A Loving Spoonful*, une association qui distribue des repas gratuits aux personnes vivant avec le VIH à Vancouver.

Quelle ne fut pas la surprise de Lisa Martella, la directrice générale, de recevoir un appel après l'annonce de la rémission du fameux patient de Londres, lui demandant si son organisme avait toujours besoin de dons !

Selon l'organisation AIDS Vancouver, les récents progrès en matière de traitement du VIH et les histoires comme celle du patient de Londres compliquent la recherche de financement pour les organismes. Selon le Dr Julio Montaner, chercheur du Centre d'excellence sur le VIH et le sida de la Colombie-Britannique, la lutte contre le virus pourrait être victime de son propre succès. À ce stade-ci, il serait extrêmement dangereux de réduire les investissements et le financement pour lutter contre le VIH. **Source : Radio-Canada**

25 ans du Sidaction : la difficile quête d'un vaccin

Sidaction a fêté ses 25 ans en avril dernier. La célèbre association française qui lutte contre le VIH/sida en a profité pour lancer une nouvelle campagne de sensibilisation et de financement. Françoise Barré-Sinoussi, présidente du Sidaction et prix Nobel de médecine en 2008 pour avoir participé à l'identification du virus en 1983 a rappelé que même si la recherche progresse, il ne faut pas croire avoir un vaccin demain.

Le VIH pose un véritable défi à la médecine et à la recherche. Comme elle le dit si bien « on ne guérit pas du sida, on vit avec ». Nouveau fait inquiétant, le développement ces dernières années de nouvelles souches résistantes du VIH. Françoise Barré-Sinoussi explique qu'en 5 ans, on a vu passer de 5 à 15 % les formes résistantes au traitement, chez les personnes nouvellement infectées par le VIH. **Source : Radio d'Europe 1**

Yolaine Maudet

SUPER SÉROPO

DÉFIER LES PROCESSUS

APRÈS SA CRISE DE PANIQUE EXPLOSIVE, **SUPER-SÉROPO** S'EST ENFUI DE L'URGENCE DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL. NOTRE SUPER-HÉROS S'EST RÉFUGIÉ DANS LES BOÎTES DE NUIT, RONGÉ PAR LA CULPABILITÉ.

COMMENT A-T-IL PU ABANDONNER SON RÔLE DE SAUVEUR, LAISSANT DERRIÈRE LUI DES DIZAINES DE BLESSÉS, VICTIMES DE SON ANXIÉTÉ? VICTIMES DU CHAOS QU'IL AVAIT LUI-MÊME CRÉÉ?

CE SOIR, **SUPER-SÉROPO** SE PRÉSENTE AU CLUB « LES CELLULES BRÛLÉES » AVEC UN SEUL OBJECTIF : OUBLIER.

© SUPER-SÉROPO

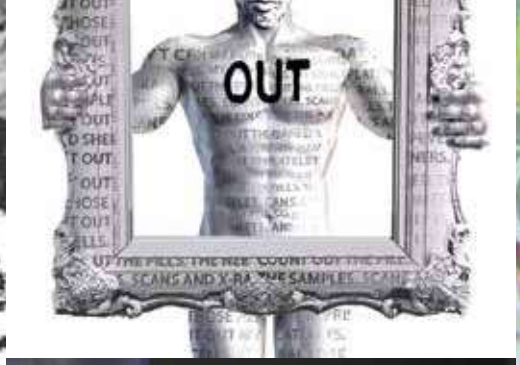
DÈS SON ARRIVÉE, LA PROPRIÉTAIRE DU CLUB, **CRYSTAL METH**, S'EMPRESSE DE L'ACCUEILLIR.

JE NE PEUX PAS CROIRE QUE VOUS SOYEZ SI MAL EN POINT. APPROCHEZ, **SUPER-SÉROPO**... J'AI UNE SOLUTION POUR VOUS...

PPPFFFFFFFFFFFFFF

ga ga ga

À SUIVRE...



TALENT RECHERCHÉ

Vous aimez dessiner, peindre, faire du design par ordinateur ? C'est votre passe-temps, votre passion, votre profession ?

Remaides Québec est à la recherche d'un·e illustrateur·trice pour collaborer aux prochains numéros de la revue. Contrat d'un an avec possibilité de renouvellement. Nous retiendrons uniquement la candidature de personnes vivant avec le VIH.

Si ça vous intéresse, communiquez avec **René Légaré,** coordonnateur éditorial, au **514 844-2477, poste 30**

Illustrations : Olivier Dumoulin, Daniel-Claude Gendron, Zone créative