



De la prévention VIH à la santé sexuelle

Veronica Nosedá
Plateforme ELSA

Corevih Idf Ouest – 20 novembre 2018





SSR et VIH : des rapports « naturels » mais compliqués

VIH, composante de la santé sexuelle et reproductive

- Le VIH est une infection sexuellement transmissible
- La grossesse et l'allaitement (voies de transmission du VIH), enjeux reconnus de la santé de la reproduction



VIH, une infection « à part », traitée « à part »

- Financements spécifiques => Développement d'un système de prise en charge parallèle
- Extériorité de fait, vis-à-vis de l'offre de santé sexuelle et reproductive





Intégration service SSR et VIH: une vieille histoire

- Depuis 2004 (!), rhétorique internationale croissante à propos de la nécessité de créer des synergies entre services et politiques de santé (rapport FNUAP 2004, OMS et FNUAP 2006)
- Mais une difficulté à rapprocher la prise en charge du VIH et celle de la santé sexuelle au sens plus large
- Depuis 10 ans, renouveau de recherches sur la question (ex Integra Initiative, recherche longitudinale évaluant l'impact de différents modèles d'intégration de services au Kenya, Swaziland, Malawi)



Un enjeu de santé mondiale urgent

- 7 millions de filles âgées de moins de 18 ans deviennent mères tous les ans dans le monde
- Chaque jour, près de 800 femmes meurent des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement.
- 15 % des décès maternels sont liés aux complications d'avortements. (et jusqu'à 30% dans certains pays) : le risque de mourir d'un avortement = 1 pour 150 en Afrique et 1 sur 150.000 aux Etats-Unis et en Europe.
- VIH SIDA = première cause de mortalité des femmes en âge de procréer au niveau mondial



Un enjeu de société avec des résistances

- **Émergence du droit à la SSR inscrit dans des textes internationaux**
 - Conférence du Caire 1994
 - Conférence de Pékin 1995
- **Renforcement de l'autonomie et du statut social des femmes**
 - permettre aux jeunes filles d'accéder à l'éducation et au travail
 - Favoriser des rapports plus égalitaires et lutter contre les inégalités de genre



Approche holistique pour répondre aux enjeux croisés VIH/SSR

- **Associer la prévention/réduction des risques de:**
 - infection par le VIH/Sida et des IST,
 - grossesses non prévues,
 - violences,
 - avortement à risque
- **Traiter la sexualité dans les contextes relationnels**
- **S'appuyer sur une vision positive et non moralisatrice de la sexualité**
- **Introduire une réflexion de genre dans la lutte contre le sida: vers une approche féministe de la lutte contre le sida?**



De la SSR au VIH : le dépistage

- **Dépistage du VIH à chaque demande d'IVG dans les CPEF/EICCF**
 - Les conseillères ont l'habitude d'aborder les questions de sexualités
 - MAIS Résistances concernant le VIH (peur de l'annonce, VIH « extérieur » à leur pratique)
 - POURTANT l'arrivée des Trod est en train de changer les représentations et les pratiques
- **Opportunité: la démedicalisation du dépistage a permis sa meilleure intégration dans la chaîne de services de SSR**
- **Défi: difficile de se faire rembourser des TROD par les ARS, qui considèrent que le public qui va au Planning n'est pas « à risque ».**



Du VIH aux SSR: la contraception (1)

- A l'ère du TaSP et de la PrEP, permettre une offre contraceptive adaptée
- Opportunités : donner accès au choix des méthodes, en se basant sur le vécu des personnes
- Défis: faible connaissance de la part des spécialistes du VIH de la contraception + difficultés à parler de sexualité





Du VIH aux SSR: la contraception (2)

- **Contraception oestro-progestative** : **attention** : baisse de l'efficacité avec certains ARV (Saquinavir, névirapine, efavirenz)
- **L'implant contraceptif** : inconvénients : plus de saignements, + baisse de l'efficacité avec certains ARV (Saquinavir, névirapine, efavirenz)
- **Les dispositifs intra-utérins** : **c'est la méthode privilégiée par l'OMS** que ce soit le DIU au cuivre ou au levonorgestrel. **Peu utilisé actuellement**
- **La contraception définitive** : elle peut convenir aux femmes comme aux hommes (vasectomie ou stérilisation par voie hystéroscopique) Il faut penser à la proposer.
- **La contraception injectable par Dépro-provera®** : pas d'interaction avec les ARV. Son implication dans l'augmentation de la transmission du VIH n'a pas été formellement confirmée même si l'OMS propose dans les zones de forte endémie d'utiliser en plus le préservatif.



Du VIH aux SSR: le suivi gynéco

- Incidence ++ du cancer du col chez les femmes vivant avec le VIH
 - Recommandations en France
 - Suivi gynéco resserré: frottis cervical tous les ans pendant trois ans de suite et ensuite tous les 3 ans si charge virale indétectable et taux de CD4 > 500/mm³
 - Chez les adolescentes vivant avec le VIH, cette vaccination peut être proposée dans les mêmes conditions que celles définies en population générale (adolescentes âgées de 11 à 14 ans avec une mesure de rattrapage pour celles âgées de 15 à 19 ans)
- A l'international: sous-dépistage. Cancer du col, un problème de santé publique majeur pour les années à venir en Afrique?



Que disent les femmes vivant avec le VIH?

- **Injonction à l'utilisation du préservatif** = double protection sans prendre en compte les contextes relationnels.
- **Insuffisance des recherches sur contraception et transmission , et sur contraception et ARV**
- **Manque d'accès au suivi gynéco, aux services IVG , non prise en compte des problèmes liés à la ménopause etc..**
- **La lutte contre les violences sexistes ne fait pas partie de la lutte contre le sida : pas plus au niveau international qu'au niveau national**



La violence, haute tolérance, faible visibilité (1)

- 1 femme sur 5 victime de viol et 1 sur 3 victime de violences dans le monde, (OMS 2013): ces chiffres, probablement sous estimés, montrent l'ampleur du problème
- Le **lien** entre **violence et sida est double** : plus de risque dans la relation sexuelle, un contexte ne permettant pas la négociation de la protection. L'ex de l'enquête Parcours (Julie Pannetier, 2018)
- La tolérance sociale à ces violences est forte



La violence, haute tolérance, faible visibilité (2)

- La violence est rarement un « motif d'entrée » dans une consultation : elle n'est discutée qu'après un dialogue approfondi
- La détection des situations de violence est un défi à la fois pour les professionnel.le.s du champ médical et du conseil non médicalisé



Quelles solutions? La formation

- SNSS, Axe 1: Investir dans la promotion de la santé sexuelle
- Parmi les objectifs prioritaires: renforcer la formation en santé sexuelle des professionnels de santé et médico-sociaux et du secteur éducatif et judiciaire
- Inclure une approche genre dans ces formations
 - La question des ressources et du pouvoir
 - La représentation de la sexualité: « femmes sans sexualité et homme irresponsable » (Brenda Spencer, 1999)



Quelles solutions?

Le travail en réseau

- En France: Meilleur partenariat et orientation entre Cegldd et EICCF/CPEF
- Plus de proximité entre personnels médicaux et non médicaux



Conclusion

- Partir des besoins exprimés de la personne
- L'aider, les cas échéant, à créer les conditions pour qu'elle les exprime
- Profiter de toute porte d'entrée pour parler de sexualité, santé sexuelle et VIH

