

LES FEMMES FACE AU SIDA

UN GUIDE
→ POUR AGIR



le planning
familial

SOM- MAIRE

PAGE 4

INTRODUCTION

PAGE 8

HISTOIRE DU PROGRAMME

PAGE 15

DES SITUATIONS QUI EXPOSENT LES FEMMES : MIGRATIONS, VIOLENCES, PRÉCARITÉ

PAGE 19

MODULE DE FORMATION : « VÉCU DES FEMMES AVEC LE VIH »

PAGE 23

FORMATION : « VIH, IST ET FEMMES MIGRANTES »

PAGE 26

GROUPE DE PAROLE, COLLOQUES ET RENCONTRES : DONNER LA PAROLE AUX FEMMES

PAGE 31

PrEP (PROPHYLAXIE PRÉ EXPOSITION) : OUTIL DE PRÉVENTION DE L'AVENIR ?

PAGE 34

ANNEXE

1.

INTRO- DUCTION

Ce *Guide Pour Agir* a été conçu pour les professionnel.le.s qui accueillent et accompagnent les femmes migrantes et au-delà pour les femmes concernées par le VIH/sida. Sensibiliser et mobiliser les femmes séropositives est un préalable indispensable pour les aider à vivre le mieux possible avec cette maladie trop souvent source de rejet et de discrimination.

LE VIH AU FÉMININ RESTE “IMPENSÉ”, LES FEMMES SÉROPOSITIVES INVISIBLES

Plus de 30 ans après le début de l'épidémie, on entend encore que le sida concerne essentiellement les homosexuels et les usagers de drogue. Les femmes, elles, restent curieusement absentes de ces représentations. Résultat : elles sont invisibles du visage de l'épidémie !

La situation a pourtant de quoi étonner. Les données publiées par Santé Publique France¹ indiquent en effet que, chaque année, un tiers des nouvelles contaminations concerne des femmes.

Les résultats de l'enquête ANRS-VESPA² (juillet 2013) - qui s'est intéressée au vécu des personnes séropositives - ont par ailleurs souligné que la population de femmes séropositives s'accroît. Parmi elles, les femmes migrantes sont particulièrement touchées. En raison des situations de précarité auxquelles elles doivent faire face les femmes migrantes sont d'autant plus fragilisées face aux risques de contamination.

L'invisibilité des femmes séropositives entraîne une multitude de conséquences qui les impactent directement :

- Elles sont sous-représentées dans la recherche. Alors que près de la moitié des personnes contaminées dans le monde sont des femmes, elles ne représentent en moyenne que 15% des inclusions dans les essais cliniques (ce chiffre augmente très sensiblement lorsqu'il s'agit d'essais relatifs à procréation). Cette situation est d'autant

plus aberrante que les scientifiques reconnaissent que les effets indésirables des traitements sont différents selon le sexe.

- Elles ont davantage de difficultés à accéder à une information pertinente puisque l'essentiel des recherches est toujours mené avec et sur les hommes.
- En plus de leurs vulnérabilités biologiques [Encadré 1], elles doivent gérer des vulnérabilités sociales et culturelles [Encadré 2]. Elles ont davantage de mal à s'approprier les progrès de la recherche et sont confrontées à un jugement moralisateur sur leur sexualité et/ou leur mode de vie.

Faute d'une véritable analyse genrée, les femmes restent cantonnées dans des représentations archaïques de soumission et de passivité. Ces représentations finissent par peser sur leur capacité à se protéger et imposer une protection au partenaire. Cela conditionne également leur vécu de la maladie, leur qualité de vie et leur sexualité. Résultat : elles vivent trop souvent dans la culpabilité et le secret.

Mises au ban par le corps médical, les femmes ont fini par construire des revendications pour « penser le VIH au féminin ». Aujourd'hui, elles demandent une approche globale de la santé sexuelle qui aille au-delà de la santé reproductive, un élargissement de la palette des outils de protection et une intensification de la lutte contre les discriminations liées au genre.

LE PLANNING FAMILIAL, UN ACTEUR DE LA MOBILISATION POUR PRENDRE EN COMPTE LES BESOINS SPÉCIFIQUES DES FEMMES

En 2002, les femmes vivant avec le VIH ont écrit la “Charte des droits de Barcelone”, incluant le droit des femmes

1. Données 2017- Santé Publique France <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2017/BEH-n-29-30-2017>

2. Enquête VESPA <http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2013/27/index.html>

à l'égalité, l'indépendance financière et l'éducation comme enjeu de la lutte contre le sida. Qui mieux qu'elles pouvait témoigner de la précarité, des inégalités de genre et du poids des discriminations ?

Si les questions de prévention et d'accès aux traitements et aux soins constituent un enjeu pour les politiques publiques, celle de l'accès aux droits n'en demeure pas moins centrale pour lutter contre la contamination des femmes. Le meilleur moyen de les protéger contre ces risques consiste à les protéger contre la violence sexuelle et contre toute forme de discrimination fondée sur le sexe ou toute forme d'inégalité.

Dans son programme « Femmes & sida », le Planning Familial a intégré l'«*intersectionnalité*», c'est-à-dire la prise en compte des différentes sources de discriminations (femme, étrangère / femme de couleur, pauvre, etc.). Ce concept propose de :

- sensibiliser les femmes sur la question des inégalités de genre, d'origine et de situation sociale,
- former les professionnel.le.s qui les accueillent aux spécificités des femmes.

L'intégration des services VIH dans une offre de santé sexuelle globale est l'une des revendications phares des femmes séropositives et du Planning Familial. ●

Encadré 1 Facteurs de vulnérabilité physiologiques des femmes face aux risques d'infections par le VIH

Les femmes sont face à un risque de contamination plus important que les hommes, a fortiori si elles ont un rapport hétérosexuels non protégé avec un homme séropositif ou qui ne connaît pas son statut, et qui ne prend pas de traitement antirétroviral. Pourquoi ?

- La zone de muqueuse exposée aux virus pendant le rapport sexuel est plus grande chez les femmes et la fragilité des parois vaginales offre de multiples voies d'entrée aux virus.
- Pendant certaines périodes de la vie d'une femme sont des moments particuliers en terme de risque d'acquisition : chez les très

jeunes filles avec un col immature, lors de la ménopause avec une muqueuse fragile. Ou de risque de transmission: pendant les règles, pendant une grossesse, risque de transmission à l'enfant.

- La concentration de virus est plus importante dans le sperme que dans les sécrétions vaginales, et le sperme peut rester plusieurs jours dans le tractus génital féminin.
- Les rapports violents peuvent entraîner des déchirures des muqueuses vaginales ou anales et favoriser l'entrée du virus.

Encadré 2 Facteurs de vulnérabilités sociales et culturelles

Les femmes sont en situation de plus grande vulnérabilité lorsqu'elles sont confrontées aux violences physiques ou sexuelles ou encore qu'elles doivent négocier l'utilisation du préservatif. Elles sont par ailleurs plus souvent précarisées que les hommes, surtout lorsqu'elles sont en situation de migration et/ou qu'elles élèvent seules leurs enfants. Ces vulnérabilités sont bien sûr susceptibles de se cumuler.

Les femmes séropositives sont en outre plus souvent l'objet de discriminations : en plus d'être contaminées par un virus discriminant, elles subissent des inégalités sociales liées au genre. Leur réalité n'est pas suffisamment prise en compte, pas plus qu'elles ne bénéficient d'une véritable prise en charge. Elles ne sont pas assez écoutées ni accompagnées dans le vécu de leur statut sérologique.

2.

HISTOIRE DU PRO- GRAMME

Dès les premières années de l'épidémie, le Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF¹) a inscrit le sida dans ses priorités d'action, et a mis en place une stratégie alliant lutte contre l'épidémie et lutte politique pour une avancée des droits des femmes.

À partir du travail de terrain, des témoignages² et du vécu des femmes, la politique de réductions des risques du Planning Familial a permis de rendre visible les réalités typiquement féminines.

1. Le Mouvement français pour le Planning Familial ou MFPF puis en 2008 Le Planning Familial.

2. Les témoignages situés aux pages 11, 12, 14, 17, 28 et 29 sont extraits des colloques organisés par le *Collectif interassociatif Femmes & VIH* et des groupes de paroles de femmes séropositives du Planning Familial.

DÈS LE DÉBUT DE L'ÉPIDÉMIE, LE PLANNING FAMILIAL S'EST IMPLIQUÉ DANS LA LUTTE CONTRE LE SIDA

Il l'a inscrit dans la motion d'orientation générale de son Congrès national de 1986. Très rapidement ses associations départementales (AD) sont devenues des centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) [Encadré 1], offrant une approche globale aux centaines de milliers de jeunes venant chaque année poser des questions sur la sexualité.

« Lutter pour que les femmes acquièrent la maîtrise de leur sexualité, c'est lutter contre le sida » (Congrès national du Planning de 1995)

Face à l'absence de prise en compte des femmes dans l'épidémie, le Planning Familial a renforcé son implication pour que les besoins spécifiques des femmes soient enfin reconnus (recherches épidémiologiques, prévention, vécu de la séropositivité,...).

Les campagnes institutionnelles et de lutte contre le sida visant directement les femmes ont été très tardives dans l'histoire du sida, impactant négativement leur capacité à se protéger

La première campagne officielle de prévention féminine date de 1997, soit plus de 15 ans après le début de l'épidémie. Jusqu'alors, les femmes ont toujours été considérées comme des cibles secondaires. Cette communication spécifique sur la sexualité des femmes et la procréation s'est mise en place très progressivement. Pourtant, de la prévention au vécu, le VIH ne s'appréhende pas de la même manière selon le genre.

Encadré 1

- **CeGIDD** : le 1^{er} janvier 2016, les CDAG (Centre de dépistage anonyme et gratuit) et les CIDDIST (Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles) ont fusionné pour devenir CeGIDD (Centre Gratuit d'information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles).



Depuis cette date, ses missions se sont élargies : dépistage gratuit du VIH, des hépatites virales et des IST ; prescription d'une contraception (dont contraception d'urgence) ; vaccination contre les

hépatites A et B et le papillomavirus ; prise en charge et suivi médical des accidents d'exposition au VIH ou à l'hépatite B ; consultation psychologique et assistance sociale ; distribution de matériel de prévention.

- Les **CPEE** (centres de planification et d'éducation familiale) et les **EICCE** (établissements d'information) sont des structures incontournables sur les questions de santé sexuelle, particulièrement pour les jeunes ou les personnes en difficulté sociale. Ils permettent d'avoir accès dans un même lieu à :
 - l'information sur les droits sexuels
 - l'IVG médicamenteuse
 - les méthodes contraceptives,
 - la prévention des violences sexistes ou intra familiales,
 - la prévention et au dépistage des IST.

Les pratiques de terrain et la capacité des professionnel.le.s à intégrer les personnes dans les décisions qui les concernent confèrent également à ces lieux un rôle d'observation et d'évaluation de l'impact des politiques de santé.



**« L'évolution de l'épidémie fait de la prévention sida auprès des femmes une priorité de santé publique »
(Congrès national du Planning de 1998)**

Le Planning Familial a développé un programme national de Réduction des Risques Sexuels (RSS) en direction des femmes pour répondre à cette priorité de santé publique.

Ce programme reposait sur trois objectifs principaux : réduire le risque de contamination par le VIH encouru par les femmes ; rendre les femmes actrices de leur prévention ; aider les femmes à devenir relais auprès d'autres femmes.

Il s'est enrichi d'actions en direction d'un public mixte pour renforcer le travail sur les relations femmes/hommes et, à partir

« ÉVIDEMMENT, IL Y A DES FEMMES QUI VIVENT AVEC DES ENFANTS, QUI SONT PARTICULIÈREMENT ISOLÉES, ET QUI CUMULENT TOUT. C'EST CE QU'ON APPELLE L'INTERSECTIONNALITÉ. ELLES FONT L'OBJET DE PLUS DE DISCRIMINATIONS, PLUS DE PAUVRETÉ, PLUS DE FRAGILITÉ PAR RAPPORT À L'EMPLOI, PLUS D'EXPÉRIENCES DE REJET, ET MOINS DE PARTAGE DE LA SÉROPOSITIVITÉ AVEC LEUR ENTOURAGE, Y COMPRIS AVEC LEUR FAMILLE. »

FRANCE LERT*

* Épidémiologiste, invitée au Colloque Femmes & VIH (2015).

de son expérience, offrir aux femmes la possibilité de choix en matière de sexualité, des alternatives à la « réponse unique » du préservatif masculin et à sa négociation, afin de favoriser des pratiques à moindre risque, peu importe leur statut sérologique.

Inscrire la lutte contre le sida dans une approche globale de santé et d'éducation sexuelle face au VIH et aux autres IST est une spécificité de l'implication du Mouvement du Planning Familial, approche qu'il a développée dans le cadre de formations internes puis en direction des partenaires.

Le Planning Familial a aussi favorisé le développement de lieux de parole pour les femmes séropositives dans l'Hexagone et les DOM, autour de la sexualité, la maladie et leur vécu, dans l'objectif de les aider à rompre leur solitude et apprendre à se mobiliser.

**« Lutter contre le sida, c'est agir pour les droits des femmes, contre toutes discriminations et exclusions » -
Création du Collectif interassociatif Femmes & VIH¹ (2003)**

Le Planning Familial a décidé d'agir pour que la dimension "genre" soit mieux prise en compte dans la lutte contre l'épidémie. Il a invité les membres qui travaillent avec les femmes dans les associations de lutte contre le sida à se mobiliser ensemble. C'est ainsi qu'est né le *Collectif interassociatif Femmes & VIH*. Depuis il tente de rendre visibles les femmes séropositives en leur donnant la parole et en portant leurs revendications.

1. Site internet du *Collectif interassociatif Femmes & VIH* www.femmesetvih.org

Selon ce collectif, lutter contre le sida, c'est agir pour les droits des femmes en se fixant comme objectif que chacune puisse vivre sa sexualité librement et en développant les notions de responsabilité et de respect de soi et de l'autre.

Pour cela, il organise des rencontres nationales qui permettent aux femmes vivant avec le VIH de construire une parole collective. Ces colloques font intervenir des médecins, chercheur.se.s, expert.e.s, politiques,... qui viennent les écouter et échanger avec elles. Leur présence permet de dresser un état des lieux de la situation des femmes dans l'épidémie au Nord et au Sud. La parole et les recommandations des femmes concernées sont publiées dans des Actes². Ces documents constituent une trace de l'histoire des femmes séropositives dans l'histoire de la maladie.

DES PROGRAMMES D'ACTION POUR CHANGER ET AGIR AU QUOTIDIEN

1. Le programme « Accompagnement des femmes et des couples à la vie affective et sexuelle » ou « Femmes & sida » traduit l'engagement du Planning Familial aux côtés des femmes séropositives (2006)

Projet pilote à dimension nationale, ce programme a organisé des actions déclinées sur tout le territoire. Les actions évoluent en fonction des besoins exprimés par les femmes rencontrées et prennent des formes très diverses : rencontres, colloques, écoutes individuelles, groupes de parole, permanences hospitalières,

2. Les Actes sont visibles sur le site internet du *Collectif* et du *Planning Familial* ; et publiés en version papier, disponibles dans les associations membres du *Collectif* et au Centre de documentation du *Planning Familial*.

« IL FAUT CONNAÎTRE LES DROITS ET IL FAUT FAIRE CONNAÎTRE LES POSSIBILITÉS DE FAIRE VALOIR SES DROITS. » N.

consultations gynécologiques... Elles offrent des lieux pour évoquer librement leur vie affective et sexuelle et échanger avec d'autres femmes séropositives sur la sexualité, la contraception, les effets indésirables des traitements, le désir d'enfant...

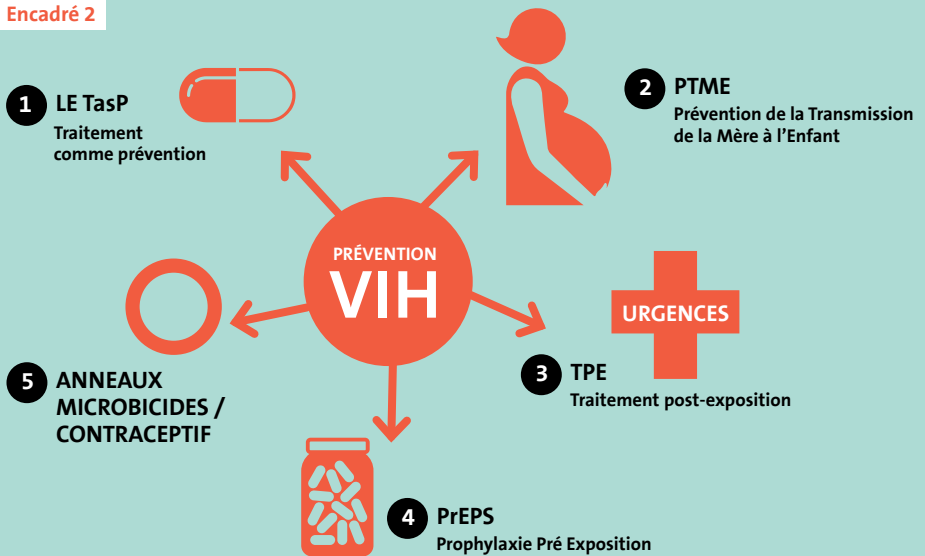
2. Un module de formation « Vécu des femmes avec le VIH » pour améliorer l'accompagnement des femmes (2013)

La mise en place de ce module a été initiée pour former le réseau du Planning (Hexagone et DOM) sur les enjeux du vécu des femmes avec le VIH au niveau de la prévention, du suivi médical, de la prise des traitements antirétroviraux (ARV) et des aspects sociaux, culturels.

3. Le programme « VIH, IST et femmes migrantes : un enjeu de prévention et de prise en charge » (2014)

Sur 100 personnes découvrant leur séropositivité, 46 sont des migrants, soit près de la moitié. Pourtant les migrants représentent à peine 6 % de la population vivant en France (chiffres Insee). Les femmes migrantes représentent quant à elles près de 63 % des femmes contaminées par le VIH. Enfin, 30 à 50% des séroconversions – tous sexes confondus – pourraient avoir eu lieu en France.

Encadré 2



1. LE TASP (TRAITEMENT COMME PRÉVENTION/TREATMENT AS PREVENTION)

Stratégie consistant à utiliser le traitement antirétroviral pour réduire le risque de transmission du VIH par les personnes séropositives. Les personnes qui ont une charge virale indétectable grâce à leur traitement sont considérablement moins contaminantes. Ce moyen de prévention est déjà connu dans le cadre de la transmission de la mère à l'enfant (PTME). Avec les TasPs, la contraception devient un véritable enjeu pour la santé sexuelle des femmes séropositives.

2. PTME (PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DE LA MÈRE À L'ENFANT)

Actions qui consistent à diminuer ou empêcher la transmission du VIH de la mère à l'enfant lors de la grossesse et de l'allaitement. La mère séropositive est mise (ou reste) sous traitement antirétroviral pendant la grossesse et à l'accouchement, de même que l'enfant durant les premières semaines suivant sa naissance.

3. TPE (TRAITEMENT POST-EXPOSITION).

Il est proposé aux personnes séronégatives en cas d'exposition au risque de transmission (non utilisation ou rupture du préservatif, exposition au sang par seringue). Pour en bénéficier, il faut aller aux urgences le plus tôt possible après ce risque afin d'obtenir – si nécessaire – un antirétroviral, pour une durée de un mois.

4. PrEPs (PROPHYLAXIE PRÉ-EXPOSITION)

Traitement antirétroviral proposé aux personnes séronégatives les plus exposées au risque de transmission (gays, trans, prostitué.e.s et migrants) avant, pendant, après (selon les cas) un rapport sexuel.

5. ANNEAUX MICROBICIDES / CONTRACEPTIF

Anneau vaginal qui libère en continue un gel microbicide. Il s'agit d'une nouvelle solution thérapeutique permettant de protéger les femmes du virus du sida. Même s'il n'en existe pas à l'heure actuelle de disponibles ayant fait la preuve de leur efficacité et de leur bonne tolérance, les essais en cours représentent un formidable espoir pour les femmes qui ne sont pas en position de refuser un rapport protégé.

Conscient des difficultés rencontrées plus spécifiquement par les femmes migrantes, le Planning a renforcé son intervention à travers le programme « Femmes migrantes et VIH ». Pour cela, il s'est appuyé sur ses groupes de parole et les entretiens et rencontres du Planning et du *Collectif interassociatif Femmes & VIH*. Les retours d'expériences montrent un déficit d'informations sur la prévention et le dépistage des IST, du VIH et des hépatites ainsi que sur les nouvelles méthodes de prévention (TasP, PTME, TPE, PreP, etc.) [Encadré 2, p.13].

Le Planning a identifié plusieurs freins à l'autonomie dans l'accès aux soins et à la prise en charge qui montrent la nécessité de :

- Sensibiliser les professionnel.le.s qui accompagnent les personnes en situation de précarité et/ou de migration - particulièrement les femmes et les jeunes filles - et les femmes victimes de violences, aux évolutions de l'approche en prévention en intégrant l'accompagnement dans une démarche de réduction des risques ;
- Combattre les discriminations que l'enquête VESPA²³ confirme ;
- Faciliter l'appropriation des informations ;
- Renforcer la capacité des femmes à faire face aux rapports de domination.

UN GUIDE POUR AGIR FEMMES & VIH (2017)

Le guide pour agir « Les femmes face au sida » a l'ambition de partager l'expérience du Planning Familial avec les professionnel.le.s et indirectement les femmes concernées par le VIH afin d'améliorer ensemble l'efficacité des

3. Enquête ANRS VESPA2 - l'Inserm (Unités 912, SESSTIM, Marseille et 1018, CESP Villejuif) www.invs.sante.fr/beh/2013/27/index.html

« LA QUESTION DE LA CONTRACEPTION EST ENCORE UN DES MARQUEURS DE LA STIGMATISATION, DE LA LÉGITIMITÉ DES FEMMES QUI VIVENT AVEC LE VIH À AVOIR UNE VIE SEXUELLE COMME N'IMPORTE QUELLE FEMME. ET LA SEXUALITÉ DE N'IMPORTE QUELLE FEMME ÉTANT DÉJÀ LARGEMENT STIGMATISÉE, MÊME SI LES CHOSES ONT BEAUCOUP ÉVOLUÉ, ON EST ENCORE FACE À DES PHÉNOMÈNES D'AMPLIFICATION LORSQU'ON EST UNE FEMME SÉROPOSITIVE. »

F.

interventions en tenant compte du poids du genre.

Tantôt vues comme des travailleuses du sexe, tantôt comme des partenaires ayant une vie sexuelle conjugale à l'abri de tout risque, les femmes ont toujours été considérées au regard de leur sexualité, et non pas à travers le prisme de leurs spécificités sociales.

L'enjeu, pour elles, consiste à identifier les difficultés spécifiques qu'elles rencontrent, tout en ne faisant pas de ces « vulnérabilités » le lit d'une représentation victimaire. Elles doivent prendre conscience que la place qui leur est faite les expose aux risques mais qu'elles disposent individuellement et collectivement des capacités à avancer. ●

3.

DES SITUATIONS
QUI EXPOSENT LES FEMMES :

MIGRA-
TIONS

VIOLENCES
PRÉCARITÉ

Les inégalités sociales entre les deux sexes exposent les femmes à un risque de contamination plus élevé du VIH et des IST. De nombreuses études soulignent en outre que les migrations et les violences constituent aussi des situations qui augmentent l'exposition aux IST et notamment au VIH/sida.

LA MIGRATION : UNE DOUBLE PEINE POUR LES FEMMES

La directrice de recherche Anabel Degrées du Loû a souligné dans l'enquête Parcours¹ que : « *Pour beaucoup de migrants, l'arrivée sur le sol français est un moment d'insécurité et de précarité : plus des deux tiers des personnes enquêtées n'avaient pas de titre de séjour valable pour au moins un an au cours de leur première année en France, et ont vécu avec des récépissés de demande de titre de séjour, voire pas de titre de séjour du tout. Une personne sur cinq n'avait pas de logement stable au cours de cette première année et a dû changer fréquemment d'hébergement. Cette insécurité dure plusieurs années, et cette période de précarité est aussi une période où la sexualité expose à plus de risque : toutes choses égales par ailleurs, les hommes et femmes africains ont plus de relations sexuelles occasionnelles les années où ils n'ont pas de logement stable. Les femmes en particulier, lorsqu'elles n'avaient pas de logement ou pas de titre de séjour, ont dû accepter des relations sexuelles qu'elles ne souhaitaient pas, en échange de logement, d'aide matérielle ou par peur d'être expulsées. La précarité apparaît ainsi comme un facteur indirect de l'infection par le VIH pour les migrants africains vivant en France.* »

1. www.larecherche.fr/sant%C3%A9-epid%C3%A9miologie/quand-les-migrants-contractent-le-sida-en-france

L'enquête PARCOURS (www.parcours-santemigration.com/spip.php?page=accueil) a étudié le parcours de vie et de santé des migrant.e.s originaires d'Afrique. Ses résultats ont montré que près de la moitié [35% -49%] des femmes originaires d'Afrique subsaharienne suivies pour le VIH en Ile-de-France ont été infectées après leur arrivée en France. Les données révèlent également qu'il existe une corrélation entre le fait d'avoir contracté le VIH en France et celui d'avoir subi un rapport sexuel forcé dans le pays d'accueil. Le risque de contamination augmente par ailleurs faute de logement stable. Le mal-logement les amène en effet à accepter des rapports sexuels non souhaités en échange d'un toit ou d'une aide matérielle, particulièrement dans les premières années suivant leur immigration.

Au niveau européen, il existe peu d'études de ce type mais les mesures des contaminations VIH post-migration, lorsqu'elles existent, parviennent aux mêmes conclusions. En Grande-Bretagne, à partir de la surveillance des nouveaux diagnostics VIH, la part des Africains subsahariens infectés après la migration est estimée à 37%. L'enquête européenne aMASE² de 2015 réalisée auprès de 2250 migrants vivant avec le VIH confirme qu'une grande partie des infections chez les migrantes surviennent après leur arrivée dans le pays d'accueil. Les résultats laissent également penser que 31% des migrants d'Afrique subsaharienne suivis dans le cadre de cette étude ont été infectés par le VIH après la migration. Ces chiffres sont encore plus élevés chez les migrants venus d'Asie (plus de la moitié) et caribéens (deux-tiers).

2. www.amase.eu/wp/it/

Cette situation montre l'importance de développer des actions d'accompagnement et de soutien, tout particulièrement en direction des femmes migrantes dont les conditions de vie (précarité, violences dont sexuelle ou conjugale) les exposent davantage que les hommes au VIH.

UN LIEN FORT ENTRE VIH ET VIOLENCES

Un lien rappelé par les déclarations internationales

La déclaration de l'ONU sur l'élimination de la violence faites aux femmes (1993) a souligné le lien entre violences et contamination par le VIH. Près de 10 ans plus tard, en 2014, l'ancien Secrétaire général des Nations Unies Ban Ki-Moon

a rappelé que : « *Nous devons prendre des mesures pour mettre fin aux violences à l'encontre des femmes et des filles et veiller à ce qu'elles aient accès à la santé et aux droits sexuels et reproductifs qu'elles méritent. La violence exerce un impact considérable sur la santé des femmes et des enfants et est inextricablement liée à une prévalence supérieure du VIH. C'est la raison pour laquelle j'ai fait de l'élimination de la violence à l'égard des femmes et des filles une priorité absolue pour les Nations Unies* »³.

Le plaidoyer de l'ONUSIDA "Ensemble avec les femmes - Unis contre la violence et le VIH" (2014) rappelle que : la violence à l'égard des femmes est une violation des droits humains ; les femmes victimes de violence sont davantage susceptibles de contracter le VIH ; les femmes vivant avec le VIH sont davantage susceptibles d'être victimes de violence ; les femmes les plus vulnérables au VIH sont aussi les plus vulnérables à la violence ; la violence nuit à la riposte au VIH en créant un obstacle à l'accès aux services.

L'ensemble de ces grandes déclarations internationales ont néanmoins été peu suivies d'effets tant cette mobilisation vient déranger l'ordre établi.

UN LIEN ÉTABLI PAR LES ÉTUDES SCIENTIFIQUES

En 2014, le chercheur Renaud Becquet a montré que 69% des femmes séropositives habitant au Togo⁴ ont subi

« ÊTRE MIGRANT, SANS PAPIER, C'EST DIFFICILE, MAIS ÊTRE UNE FEMME C'EST UNE DIFFICULTÉ SUPPLÉMENTAIRE. ON NE TROUVE PAS DE PLACE DANS LES CADA (CENTRE D'ACCUEIL DE DEMANDEURS D'ASILE) PARCE ON EST EN FRANCE AU TITRE DE LA MALADIE ET PAS EN TANT QUE DEMANDEUR D'ASILE. ON SE RETROUVE ALORS À LA RUE ET LÀ, NOUS SOMMES BEAUCOUP PLUS VULNÉRABLES FACE AUX AGRESSIONS. »

3. www.unaids.org/fr/resources/presscentre/featurestories/2014/march/20140312xcsw

4. Burgos-Soto, J., ... & Becquet, R. (2014). Intimate partner sexual and physical violence among women in Togo, West Africa: Prevalence,

des violences sexuelles contre 35% des femmes séronégatives. L'étude pionnière de Brownen Lichtenstein publiée en 2005⁵ avait précédemment décrit les mécanismes faisant des violences conjugales un facteur de risque pour le VIH. Cette dernière a également mis en évidence que le contexte économique, les stéréotypes de genre et les normes sexuelles se combinent pour susciter la soumission des femmes et favoriser les comportements violents des hommes. Contrairement aux stéréotypes véhiculés par les campagnes de prévention, ces femmes sont contaminées par leur conjoint ou un membre de leur réseau familial, amical ou professionnel.

ET SUR LA SITUATION DES FEMMES MIGRANTES EXPOSÉES AUX VIOLENCES

L'Office du Haut-Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et la Women's Refugee Commission, ont évalué récemment⁶ les risques encourus par les femmes et les filles durant leur périple vers la Grèce puis d'autres pays d'Europe. Ces organisations ont constaté que ce public était exposé à un risque élevé de violences, y compris sexuelles, de la part de passeurs, groupes criminels, individus isolés et agents de sécurité dans les centres d'accueil

pour réfugiés et centres de transit (dont européens et français).

Des inquiétudes ont été exprimées face à l'ignorance des autorités et des acteurs humanitaires. Ces derniers ne semblent pas connaître ce phénomène. Cette situation est le résultat d'un manque de données sur ces infractions et la réticence des victimes à parler de leurs expériences.

Le Planning Familial, via ses actions sur les territoires, a constaté une hausse des violences faites à l'encontre de ces femmes. Les dérives constatées génèrent non seulement de l'isolement mais aussi des difficultés d'apprentissage du français, un éloignement des sources d'information et une méconnaissance des droits. Les migrantes ne sont jamais perçues comme des femmes singulières mais comme le membre d'un groupe communautaire que l'on pourrait résumer à « femmes de ». Résultat : l'application du droit en France est mise à mal et beaucoup d'entre elles sont écartées des mesures de protection pour femmes victimes de violences.

Malgré ce constat, les institutions publiques sont peu mobilisées sur le sujet. Pour sortir de la violence, il faut pourtant pouvoir la nommer. Et pour qu'elle soit reconnue, il faut admettre que toutes les femmes ont les mêmes droits à être protégées. ●

associated factors, and the specific role of HIV infection. *Global health action*, 7(1), 23456.

5. Lichtenstein, B. (2005). Domestic violence, sexual ownership, and HIV risk in women in the American deep south. *Social Science & Medicine*, 60(4), 701-714.

6. [www.unhcr.org/569f8f419.html](http://www.unhcr.org/569f8f419.html?utm_source=Joint+UNHCR-UNFPA-WRC+Press+Release++20+January+2016++Rep+ort+warns+refugee+women+on+the+move+in+EU&utm_medium=email&utm_term=Hauenste@unhcr.org&utm_content=http%3a%2f%2fwww.unhcr.org%2f569f8f419.html&utm_campaign=)

http://www.unhcr.org/569f8f419.html?utm_source=Joint+UNHCR-UNFPA-WRC+Press+Release++20+January+2016++Rep+ort+warns+refugee+women+on+the+move+in+EU&utm_medium=email&utm_term=Hauenste@unhcr.org&utm_content=http%3a%2f%2fwww.unhcr.org%2f569f8f419.html&utm_campaign=

4.

MODULE DE FORMATION

« VÉCU DES
FEMMES
AVEC
LE VIH »

Dans le cadre du Programme « Accompagnement des femmes et des couples vivant avec le VIH à la vie affective et sexuelle », le Planning Familial a développé un module spécifique permettant d'améliorer la capacité des actrices.teurs dans l'accompagnement des femmes séropositives.

Ce module a été construit à partir de l'expérience, du vécu et de la parole des femmes concernées par le VIH accueillies au Planning Familial ou lors de rencontres, colloques et groupes de parole.

Les changements de paradigme de la prévention nécessitent d'affiner les messages délivrés et d'échanger directement avec les femmes concernées, car elles font face à :

- une difficulté à parler de leur sexualité avec un médecin (et le médecin à entendre parler de cette sexualité !);
- un manque et un besoin d'informations sur le VIH (transmission, risques, nouvelles méthodes de prévention plus médicalisées, problèmes hormonaux, etc.);
- la culpabilité et la peur de contaminer le partenaire. A cela s'ajoutent souvent la culpabilité, le manque de désir et la difficulté à l'évoquer, la difficulté à imposer le préservatif et à négocier sa sexualité.

UN MODULE A DESTINATION DES ACTRICES-TEURS DE PREVENTION

Pour répondre aux attentes des femmes concernées par la VIH, les conseiller.e.s (CCF), animatrice.teur.s, accueillant.e.s et bénévoles du Planning Familial et tous les professionnel.le.s impliqu.e.s dans cet accompagnement, ont besoin de connaître et s'appropriier les

connaissances concernant : les spécificités physiologiques ; le fait de vivre avec cette maladie ; les enjeux de société et de santé publique ; les spécificités liées au genre dans l'épidémie.

La démarche de *counseling* est au cœur des formations proposées.

Ce module permet d'appréhender l'importance des questions de santé sexuelle et de prise en compte des femmes dans les associations qui les accueillent.

LE MODULE DE FORMATION « VÉCU DES FEMMES AVEC LE VIH »

Ce module s'attache à faire connaître les spécificités physiologiques, sociales liées à la condition féminine. Il permet, avec chacun des groupes, d'identifier les freins à une prise en compte des femmes porteuses du VIH.

LES OBJECTIFS

- Actualiser les connaissances sur les enjeux de santé publique et sociétaux en lien avec le VIH.
- Prendre conscience de l'importance d'un accompagnement et d'une écoute des femmes.
- Renforcer les savoirs et compétences des professionnel.le.s pour prendre en compte le genre et les facteurs socioculturels dans le vécu des femmes avec le VIH et travailler les représentations liées au VIH, facteurs de discrimination.
- Aborder les modes de transmission, les changements de paradigmes de la prévention, le principe de prévention combinée ; la sexualité des personnes

séropositives ; les aspects du suivi médical, des spécificités des femmes, de leur place dans la recherche, des traitements et de leurs effets indésirables.

- Identifier les spécificités liées au genre dans le cadre du VIH ; travailler à l'accompagnement des personnes vivant avec le VIH et travailler sur les représentations.
- Favoriser l'appropriation de cette approche dans les pratiques, ainsi que les outils et techniques nécessaires à la mise en œuvre de cette approche.

- Amener les stagiaires à intégrer l'écoute des femmes séropositives dans leur accueil.

MÉTHODE PÉDAGOGIQUE

Le module « Vécu des femmes avec le VIH » s'appuie sur les apports théoriques, les mises en situation et l'analyse de la pratique. Les savoirs du groupe engagent dans un travail à partir des représentations associées aux différents thèmes abordés venant interpeler la connaissance de soi. Tout au long du module, les stagiaires expérimentent, à travers la démarche pédagogique, la posture professionnelle qu'ils devront apprendre à mobiliser. ●

DÉROULÉ DU MODULE

« Vécu des femmes avec le VIH »

JOUR 1

OBJECTIF : Mise à jour des connaissances sur le VIH

- Actualiser ses connaissances et s'approprier les informations sur les traitements et leurs effets indésirables, les spécificités des femmes (physiologiques, suivi médical et gynécologique, contraception etc.), la place des femmes dans la recherche sur le sida et la transmission de la mère à l'enfant.
- Identifier les enjeux de santé publique et sociétal en lien avec le VIH : prévention combinée, nouvelles méthodes de prévention/dépistage, moyens de prévention adaptés au mode de vie des personnes et périodes de la vie.
- Aborder les sexualités des femmes séropositives, la peur de transmettre

le virus, l'isolement, l'annonce au(x) partenaire(s), les problèmes de libido, etc.

- Aborder la stigmatisation des personnes séropositives : comment réduire la discrimination et la stigmatisation ?

MÉTHODES D'ANIMATION

- ▶ Apports de connaissances à partir de celles des stagiaires.
- ▶ Outils favorisant le travail personnel et collectif : exercices d'implication et travail en groupes pour favoriser la participation et le travail sur les représentations des participant-e-s.

DÉROULÉ DU MODULE

JOUR 2

OBJECTIF : Renforcer les compétences sur l'accompagnement des personnes séropositives

- Identifier les représentations (VIH et femmes séropositives).
- Dresser un état des lieux des inégalités et de la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH.
- Déterminer les spécificités liées au genre dans le cadre du VIH, aborder l'invisibilité, l'isolement et la non prise en compte des spécificités des femmes face à la maladie.
- Aborder la stigmatisation et la difficulté de parler de la séropositivité pour les femmes.
- Évoquer les aspects socio-économiques (travail notamment), d'origine et culturels.

Appliquer les principes de l'écoute centrée sur la personne dans l'accompagnement des femmes et des couples vivant avec le VIH

La démarche de **counseling** qui place la personne au centre de la relation lui

confère l'expertise de sa situation et permet de l'entendre dans toutes les spécificités de son vécu, ce qui réduit les risques de confiscation de la parole.

- Comment être en capacité d'identifier les résistances, mettre à distance les représentations, mobiliser les dimensions du vécu et de toutes les spécificités lorsqu'on accueille une femme vivant avec le VIH ?
- Prendre conscience de la prégnance des stéréotypes associés au VIH (sexualité, vie affective, parentalité).

MÉTHODES D'ANIMATION

- ▶ Favoriser l'expression des peurs et représentations qui constituent des freins à l'accueil des personnes.
- ▶ S'appuyer sur des mises en situation personnelles et collectives pour appréhender les difficultés et les éléments favorisant les leviers.
- ▶ Mise en situation pour être en capacité d'écouter, d'informer et d'orienter.

5.

FORMATION

« VIH, IST ET
FEMMES MI-
GRANTES »

L'accès à l'information est un problème majeur pour les femmes migrantes. Confrontées à une multitude de difficultés, elles sont éloignées des nouvelles méthodes de prévention, de la prévention combinée, du dépistage des IST/VIH/hépatites, des spécificités des TasP, PreP et microbicides, de la PTME et de la contraception.

Le Programme « Femmes & VIH » du Planning Familial propose une formation nationale sur le VIH et les IST, et plus largement sur la question de la santé sexuelle des femmes migrantes pour répondre à ces besoins.

Cette formation permet de sensibiliser les professionnel.les qui accompagnent les personnes en situation de précarité et/ou de migration, particulièrement les femmes et les jeunes filles, ainsi que les femmes victimes de violences. Elle s'appuie sur l'approche « réductions des risques sexuels » du Planning Familial et intègre les questions de genre (rôle du statut social et des inégalités femmes/hommes, impact des violences) dans l'exposition aux risques et la capacité à se protéger et gérer leur santé sexuelle.

LES OBJECTIFS DE LA FORMATION « VIH, IST ET FEMMES MIGRANTES : ENJEUX DE PRÉVENTION ET DE PRISE EN CHARGE »

A partir de la pratique de terrain, l'expérience et l'échange, cette formation vise à donner à chaque participant.e la possibilité d'intégrer les dimensions spécifiques des femmes concernées par le VIH et par les autres IST.

Les objectifs sont les suivants :

- Apporter l'information adéquate en matière de prévention des IST et

du VIH pour les personnes migrantes et particulièrement les femmes.

- Travailler sur les obstacles à l'appropriation de ces moyens de prévention en offrant des espaces de parole et en formant les professionnels. les qui les accompagnent.
- Compléter les connaissances des professionnels.les sur le suivi des femmes vivant avec le VIH.

MÉTHODES PÉDAGOGIQUES

La formation s'appuie sur l'alternance entre apports théoriques, mises en situation, analyse de la pratique, échanges de savoirs et travail en petits groupes.

Tout au long de la formation, les stagiaires expérimentent la posture professionnelle qu'ils devront mobiliser pour faire face aux spécificités des femmes et au cumul des situations de vulnérabilité

MÉTHODES D'ANIMATION

- Apports de connaissances à partir de celles des stagiaires.
- Outils favorisant le travail personnel et collectif : utiliser des exercices d'implication et le travail en groupes pour favoriser la participation et le travail sur les représentations des participant-e-s.
- Mises en situation pour être en capacité d'écouter, informer et orienter. ●

PROGRAMME DE FORMATION

« VIH, IST et femmes migrantes : enjeux de prévention et de prise en charge »

JOUR 1

- Mise à jour des connaissances “Femmes & VIH, quelles spécificités ?” : suivi gynécologiques, contraception, santé sexuelle,.... Contextes d'exposition aux risques face au VIH/IST ;
- Impact de la situation sociale sur le vécu et la prise en charge des femmes ;
- Compléter les connaissances sur le vécu de la séropositivité des femmes, les inégalités entre les femmes et les hommes en matière de contamination par le VIH et la séropositivité ;
- Focus sur les femmes migrantes.

JOUR 2

- Mieux accompagner les femmes migrantes et prendre en compte les dimensions qui les mettent en situation de plus grande vulnérabilité face au VIH ;
- Accueil et écoute des femmes vivant avec le VIH : identification des difficultés particulières des femmes ;
- Restitution des revendications des femmes séropositives exprimées lors de rencontres nationales ;
- Appropriation des informations nécessaires à l'intégration de ces dimensions dans le suivi et/ou l'accompagnement des femmes et notamment des femmes migrantes et/ou victimes de violences.

6.

**GROUPE DE PAROLE,
COLLOQUES ET RENCONTRES :**

**DONNER
LA PAROLE
AUX
FEMMES**

Les femmes séropositives culpabilisent à l'idée de contaminer leur(s) partenaire(s). Un sentiment d'autant plus fort qu'elles ne parviennent pas forcément à imposer le préservatif. Ces raisons expliquent certainement en partie pourquoi elles éprouvent des difficultés à éprouver du désir. Résultat, elles renoncent souvent à avoir une sexualité (les trois quart des femmes séropositives n'ont pas eu de rapports sexuels depuis au moins trois ans – Enquête VESPA) et finissent par s'isoler faute de réussir à en parler.

FACE À CET ISOLEMENT, LES ASSOCIATIONS ONT UN RÔLE À JOUER

Le Planning familial propose aux femmes séropositives des groupes de paroles où elles peuvent se rencontrer et bénéficier de l'expérience des conseillères et animatrices pour parler de sexualité, vie relationnelle et affective, contraception, avortement ou autres IST. Le collectif aide en effet les femmes à exprimer plus facilement leurs difficultés, échanger des stratégies et informations concernant tous les aspects de leur vie, partager leurs expériences et aborder les questions de prévention.

1. Les groupes de parole, des espaces privilégiés pour :

- Sortir de l'isolement, en mettant en place une dynamique collective et un espace de solidarité.
- Favoriser l'accès aux informations, dispositifs et droits en matière de santé sexuelle, en instaurant un temps d'échange et de partage de l'information.
- Donner les moyens aux femmes de devenir actrices de leur propre prévention, notamment en ce qui concerne la santé sexuelle et les situations de violences, via l'échange de stratégies s'appuyant sur leur vécu.
- Orienter, si nécessaire, les femmes dans les structures existantes en prenant en compte leur spécificité.
- Aider les femmes à devenir des « femmes ressources » les unes pour les autres, grâce à leur expertise de la maladie et leurs histoires de vie.

« ON NOUS RENVOIE TOUJOURS
VERS UN PSYCHOLOGUE,
“C’EST DANS VOTRE TÊTE”.
ET BEAUCOUP DE PERSONNES
Y SONT ALLÉES MAIS ÇA
NE SERT PAS À GRAND-CHOSE
PARCE QU’ON A TOUJOURS
CE MAL, CES DOULEURS.
ON EST MAL DANS NOTRE PEAU,
MAIS LA SEULE SOLUTION
QU’ILS PROPOSENT,
C’EST D’ALLER VOIR
UN PSYCHOLOGUE. »

JOCELYNE

LES THÉMATIQUES ABORDÉES SONT VARIÉES

- Le vécu de la maladie (depuis l'annonce jusqu'à l'acceptation) entraînant de multiples bouleversements identitaires.
- Les sentiments de culpabilité et de honte, le poids du secret, les stratégies mises en place vis-à-vis de l'entourage familial, amical, amoureux et/ou professionnel.
- Les avantages et inconvénients des liens communautaires (origine, communauté religieuse,...).
- La peur du rejet expliquant la difficulté à s'engager et à se projeter dans une relation affective. Toute intimité amoureuse peut devenir proscrite par peur d'annoncer sa séropositivité au partenaire et prendre le risque de se voir rejeter. Ces craintes peuvent être

réactivées à chaque nouvelle rencontre, même amicale.

- Certaines femmes évoquent une forme d'emprise dans le couple (surtout si le partenaire est séronégatif) : sentiment de dette à l'égard du partenaire qui oblige parfois à tolérer l'intolérable par peur de se retrouver seule, ou en cas de dépendance économique.
- L'exercice d'une sexualité vécue comme épanouissante reste très difficile pour la majorité des participantes (effets secondaires des traitements ARV, changements corporels, vieillissement, facteurs psychologiques, etc.).
- La difficulté à évoquer certains effets secondaires des traitements avec le médecin, l'importance donnée à l'examen clinique et pas seulement aux résultats sérologiques.
- Pour certaines, le soulagement et l'espoir qui résident dans le fait de savoir que la maternité ne leur est pas interdite, qu'elles peuvent concevoir un enfant sans craindre de contaminer leur partenaire ou leur bébé.
- Des informations pratiques à propos des différents modes de protection, de l'évolution des traitements et de leur implication dans leur vie.
- L'importance de pouvoir échanger lors de ces groupes. En effet, beaucoup n'ont jamais révélé leur statut sérologique à leurs proches.
- Le retour du désir dans un contexte plus favorable et l'envie de retrouver le plaisir après des périodes plus ou moins longues d'abstinence.

2. Les rencontres et colloques organisés avec différents collectifs interassociatifs pour passer de la parole à la revendication

Depuis le début des années 2000, des collectifs ont été créés à Paris et en région dont certains à l'initiative du Planning Familial. Ils visent non seulement à inscrire le combat contre le sida dans la lutte plus large de celle pour les droits des femmes, mais aussi à donner la parole aux femmes concernées par le VIH et les hépatites.

Ces collectifs ont engendré des rencontres et colloques.

Au cours de ces journées, les femmes séropositives et/ou concernées par le

« **LA DÉFORMATION
DE MON CORPS¹ AURAIT PU
AGGRAVER MON ISOLEMENT
SI JE N'AVAIS PAS ÉTÉ
MILITANTE [...].
LES TRANSFORMATIONS
PHYSIQUES M'ONT AMENÉE
À M'IMPOSER L'ABSTINENCE
INVOLONTAIRE POUR NE PAS
AVOIR À ME DÉSHABILLER
DEVANT UN HOMME.** »

ROSE

1. Les lipodystrophies sont un effet indésirable connu des traitements antirétroviraux. Elles peuvent prendre deux formes : - la lipotrophie (perte de graisse en particulier au niveau du visage, des membres, des fesses) - la lipohypertrophie (prise de graisse, en particulier au niveau du ventre, de la poitrine pour les femmes, de la nuque et du cou).

VIH interviennent dans différents ateliers. Leur participation permet de construire un véritable plaidoyer. La question des droits et de l'accès aux soins pour les femmes étrangères vivant en France est abordé de manière transversale, cependant un atelier permanent peut être mis en place pour recueillir et rendre visible les difficultés spécifiques rencontrées par ces femmes.

Des chercheurs en science médicale et sociale et des médecins participent

également à ces événements pour aborder les avancées de la recherche et des thérapeutiques ainsi que les problématiques liées à la sexualité et au genre.

Les rencontres et colloques sont perçus comme un espace d'élaboration et d'acquisition de nouveaux savoirs.

Les « Actes » édités après chaque colloque racontent l'histoire de la maladie chez femmes (voir site internet du *Collectif interassociatif Femmes & VIH*). ●

Discrimination

EXTRAIT DU CODE PÉNAL


LOI N°2016-1547 DU 18 NOVEMBRE 2016

ART. 86 LIVRE : DES CRIMES ET DÉLITS CONTRE LES PERSONNES

CHAPITRE : DES ATTEINTES À LA DIGNITÉ DES PERSONNES

SECTION 1 : DES DISCRIMINATIONS

● Article 225-1



Constitue une discrimination toute distinction opérée entre les personnes physiques sur le fondement de leur origine, de leur sexe, de leur situation de famille, de leur grossesse, de leur apparence physique, de la particulière vulnérabilité résultant de leur situation économique, apparente ou connue de son auteur, de leur patronyme, de leur lieu de résidence, de leur état de santé, de leur perte d'autonomie, de leur handicap, de leurs caractéristiques génétiques, de leurs mœurs, de leur orientation sexuelle, de leur identité de genre, de leur âge, de leurs opinions politiques, de leurs activités syndicales, de leur capacité à s'exprimer dans une langue autre que le français, de leur appartenance ou de leur non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une Nation, une prétendue race ou une religion déterminée.

7.

PrEP (PROPHYLAXIE
PRÉ EXPOSITION) :

**OUTIL DE
PRÉVEN-
TION DE
L'AVENIR ?**

Depuis une dizaine d'années, on parle de « prévention combinée » pour décrire les stratégies qui combinent le port du préservatif avec d'autres stratégies de prévention, telles que le dépistage et les traitements. En effet, si les préservatifs masculin et féminin restent les moyens de prévention incontournables, le dépistage et les traitements jouent aussi un rôle capital dans la prévention du VIH. Ainsi, en réduisant drastiquement la quantité de virus dans le sang (charge virale), les antirétroviraux permettent de prévenir la transmission d'une personne séropositive à une personne séronégative (on parle alors de TasP – treatment as prevention).

A l'inverse, pris par les personnes séronégatives, selon un schéma « à la demande » (avant et pendant les périodes d'activité sexuelle) ou tous les jours, ils empêchent la contamination du VIH (on parle alors de PrEP – prophylaxie pré-exposition).

LA PrEP, POUR TOUTES LES PERSONNES À RISQUE ÉLEVÉ FACE AU VIH/SIDA ?

La PrEP est recommandée en France pour les personnes séronégatives les plus exposées, en particulier les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) et les personnes migrantes originaires d'Afrique sub-saharienne.

Depuis le 1^{er} mars 2017, la PrEP est remboursée intégralement par la sécurité sociale. Elle est disponible à l'hôpital ou dans les CeGIDD. Le suivi médical prévoit des dépistages réguliers du VIH et des IST (contre lesquels la PrEP n'agit pas). Les femmes ont une indication de prise « en continu » : elles doivent prendre la PrEP tous les jours. Ce type de prévention est compatible

avec une contraception hormonale (pilule, implants) et la contraception d'urgence.

Les initiatives institutionnelles, associatives et venant du monde de la recherche ont été jusqu'à présent largement adressées aux HSH. Actuellement, plusieurs projets essaient d'impliquer davantage les personnes migrantes, notamment en Ile-de-France où la prévalence est très élevée. Néanmoins, très peu de personnes étrangères, et notamment de femmes, sont encore utilisateur.trice.s de la PrEP.

Les associations qui accueillent ou rencontrent dans leurs actions de prévention et de dépistage hors les murs les femmes et les hommes migrant.e.s, expliquent que le chemin jusqu'à cet outil n'est pas simple. D'abord parce qu'il faut se rendre à l'hôpital ou au CeGIDD pour obtenir une prescription. Ensuite parce que cet outil n'est pas considéré comme une priorité par ce public déjà confronté à une situation sociale et administrative précaire. Le déficit de connaissance de la PrEP représente un autre facteur de frein pour une personne étrangère, avec ou sans papier. Comment se rendre dans les hôpitaux pour se voir prescrire la PrEP lorsque l'on est pas informé ?

Pour que les migrant.e.s exposé.e.s au risque du VIH, et tout particulièrement les femmes, bénéficient de cet outil, il faut que les associations et médecins continuent d'étudier des stratégies capables d'offrir la PrEP dans des lieux de proximité non connotés « sida ». L'implication des centres du Planning Familial dans ce cadre est en débat. ●

VIH

AU

LES FEMMES SÉROPOSITIVES ONT AUSSI UNE SEXUALITÉ

PLANNING ON EN PARLE

Dans le cadre de son programme Femmes et VIH, le Planning accueille, informe et accompagne les femmes séropositives. Le Planning anime aussi des groupes de paroles et peut réaliser le suivi gynécologique des femmes concernées par le VIH et d'autres IST.

design graphique : Fabrice VOUIR / octobre 2017



Association féministe et d'éducation populaire,
le Planning Familial milite depuis plus de 60 ans
pour l'égalité femmes-hommes et la possibilité pour
chaque personne de vivre une sexualité épanouie.

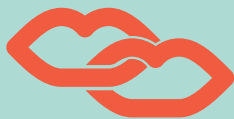


La nouvelle affiche « VIH, au Planning on en parle » positionne le Planning comme association ressource dans le domaine de la sexualité des femmes séropositives. Pour informer les femmes concernées par le VIH, qu'elles y ont accès à l'information, au suivi gynécologique, à la contraception, mais aussi à l'écoute et au conseil, et peuvent participer à des groupes de paroles.

Epidémiologie

EN FRANCE

Aujourd'hui, on estime à 11% le nombre de découvertes de séropositivité chez les jeunes de 15-24 ans, chiffre en augmentation de 24% depuis 2007. Or 30% des jeunes interrogés ont des représentations faussées de la maladie et de ses modes de transmission. En effet, 20% d'entre eux affirment encore que le virus du sida peut se transmettre en embrassant une personne (15% en 2015) et 22% estiment qu'il existe un traitement pour guérir du sida.



LES FEMMES LARGEMENT TOUCHÉES PAR L'ÉPIDÉMIE

Les données publiées par Santé Publique France, les femmes comptent annuellement pour environ 1/3 des nouvelles découvertes de séropositivité.

En 2015, sur les 6 600 découvertes de séropositivité : 2 800 concernaient des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), soit 42% de l'ensemble des nouveaux cas, contre 54% chez les hétérosexuel.le.s, principalement nés en Afrique subsaharienne (39%) et dont une grande partie avaient été infectés en France.

Mais, certaines « populations » sont totalement exclues de ces dispositifs, puisque pas catégorisés dans les populations dites à risque. C'est le cas des hétérosexuel.le.s né.e.s en France, qui représentent 17% de ces découvertes de séropositivité dont 45% étaient des femmes. Les usager.ère.s de drogue restent à 1%.

PRISES DE RISQUES HÉTÉROSEXUELS : LES JEUNES FEMMES PLUS EXPOSÉES

Les trois quart des situations à risque potentiel de transmission décrites ont eu lieu entre personnes de sexe différent (72,5%). Parmi les pratiques citées, il s'agit de pénétration vaginale dans la majorité des cas (63,9%), mais aussi de fellation reçue (14,4% des cas). Certaines régions sont particulièrement touchées : la Guyane, la Guadeloupe, l'Île-de-France, la Martinique et la région PACA¹.

DANS LE MONDE

Dans nos pays riches nous sommes passée d'une maladie mortelle à la représentation, pour beaucoup, que le sida est devenue une maladie



chronique. Mais dans bon nombres de pays, notamment en Afrique et en Europe de l'Est et Asie, le sida est resté une maladie dont on meurt par manque de prévention, d'accès aux traitements mais aussi parce que la précarité, les inégalités entre les femmes et les hommes reste un amplificateur face au VIH.

LE RAPPORT D'ONUSIDA 2016 (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida qui dresse l'état des lieux de l'épidémie de VIH/sida dans le monde), montre que « le nombre de nouvelles infections et de morts diminue et que la proportion de personnes ayant accès aux traitements antirétroviraux s'accroît partout, sauf dans les régions "d'Europe de l'Est et d'Asie centrale" et "d'Afrique de l'Ouest et centrale" où la situation reste préoccupante par rapport

1. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites/Infection-par-le-VIH-et-les-IST-bacteriennes.-Point-epidemiologique-du-29-novembre-2016>

LES OBJECTIFS 90.90.90 DE LUTTE CONTRE LE SIDA, 2016

70 %
[51-84 %]

des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique

77 %
[57-89 %]

des personnes vivant avec le VIH et connaissant leur statut reçoivent un traitement ARV durable

82 %
[60-89 %]

des personnes recevant un traitement ARV sont en charge virale indétectable



au reste du continent Africain, et au "Moyen-Orient/Afrique du Nord". Dans ces régions du monde, les trois quarts des nouvelles infections concerne la Fédération de Russie»².

En 2014, l'ONUSIDA a fixé des objectifs pour 2030 résumés par la formule « 90-90-90 » à savoir : il faut que 90% des personnes vivant avec le VIH sachent qu'elles ont été infectées, que 90% des personnes séropositives connaissant leur statut soient sous traitement et que 90% des personnes traitées ont une charge virale indétectable et ont donc un minimum de risque de transmettre le virus. On l'appelle « La cascade de prise en charge ». Pour aller vers l'élimination de toute nouvelle infection en 2030...

2. www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Global_AIDS_update_2017_en.pdf

Par rapport à ces objectifs pour 2020, le rapport de 2016 montre des avancées : 70% de la population estimée vivant avec le VIH connaît son statut sérologique, 77% des personnes qui se savent séropositives sont sous traitement et 82% des personnes traitées ont une charge virale indétectable. Il montre également que les personnes infectées qui ne connaissent pas leur statut sont donc une priorité au dépistage.

Mais le rapport d'ONUSIDA montre que :

- La proportion d'enfants traités dans le monde est de seulement 43% en 2016.
- L'épidémie est toujours plus active dans la région « Europe orientale et Asie centrale » : entre 2010 et 2016, le nombre de nouvelles infections a bondi de 60% et celui des morts a progressé de 27%. Cette situation est essentiellement liée aux politiques répressives des pays en direction des populations marginalisées les plus exposées (usagers.ères de drogue, travailleur.se.s du sexe...) ; au refus de mettre en place des politiques de réduction des risques ; au taux de mise sous traitement des personnes car seulement 28% d'entre elles reçoivent des antirétroviraux dans cette région.
- La situation en « Afrique de l'Ouest et centrale », qui compte 6,1 millions de personnes vivant avec le VIH, dont 56% de femmes est, elle aussi préoccupante d'autant que 70% de la population de cette région du monde a moins de 30 ans.
- La région du « Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord », où 230 000 personnes vivent avec le VIH, présente une légère diminution du nombre de nouvelles infections (- 4% depuis 2010) mais une notable augmentation du nombre de morts (+ 19% depuis 2010), avec un taux de couverture thérapeutique très bas, seulement 24% en 2016.
- Selon l'Onusida, cela s'expliquerait par une hausse du nombre de nouveaux cas dans certains pays et par un accès limité aux traitements dans d'autres.

Liberté-Egalité-Sexualités



4, square St Irénée 75011 Paris
Tél. : 01 48 07 29 10
www.planning-familial.org

Avec le soutien de Santé Publique France