

Bulletin médical de l'IPPF

Déclaration de l'IMAP : les liens entre la santé sexuelle et reproductive et le VIH

Introduction

L'importance des liens entre la santé sexuelle et reproductive (SSR) et le VIH est largement reconnue. Dans la majorité des cas, les infections à VIH sont transmises par les voies sexuelles ou associées à la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement. Le risque de transmission et d'infection à VIH peut être encore accru en présence de certaines infections sexuellement transmissibles (IST).

En outre, la mauvaise santé sexuelle et reproductive et le VIH ont souvent les mêmes causes : pauvreté, accès réduit à des services et une information adéquats, inégalité entre les sexes, normes culturelles et marginalisation sociale des populations les plus vulnérables. La communauté internationale s'accorde sur le fait que l'on ne réalisera pas les Objectifs de développement du millénaire sans la garantie d'un accès universel à la SSR et aux services de prévention, de soins et de soutien face au VIH.¹ Depuis peu, la sensibilisation et le débat ont beaucoup progressé sur les possibles bénéfices des liens programmatiques entre SSR et VIH, tant dans les politiques que les systèmes et la prestation de services.²⁻⁵

La nécessité d'établir des liens solides entre les réponses au VIH et à la SSR ne fait plus aucun doute, et des mesures spécifiques ont été recommandées pour que ces liens soient étayés par les politiques, les systèmes et les services.⁴⁻¹³ C'est là une approche relativement nouvelle pour favoriser l'accès universel à la SSR et aux services de prévention et de soins VIH et, en quelques années, de nets progrès ont été réalisés en ce sens. Il est essentiel que les liens entre SSR et VIH fonctionnent dans les deux sens. En d'autres termes, il faut que les politiques et programmes de SSR soient intégrés aux politiques et programmes de VIH et réciproquement. A ce jour, si les organisations de SSR s'efforcent d'intégrer le VIH à leur travail, bon nombre d'organisations de lutte contre le VIH peinent encore à intégrer les questions de SSR. Il est vrai que la terminologie reste floue. Actuellement on ne dispose toujours pas d'une définition commune à tous pour les termes «liens», «normaliser» et «intégrer» appliqués au contexte de la SSR et du VIH. L'IPPF – et d'autres organisations comme le FNUAP, ONUSIDA et l'OMS – soutient les définitions suivantes :

Liens: Les synergies liées à la politique, aux programmes, aux services et aux plaidoyers entre santé sexuelle et de la reproduction et VIH/SIDA.¹⁴

Intégration: Fait référence à différents types de services ou de programmes opérationnels en matière de santé sexuelle et de la reproduction et de VIH/SIDA qui peuvent être réunis afin de garantir des résultats collectifs. Ce concept inclurait les références d'un service à un autre. Il est fondé sur le besoin d'offrir des services complets.¹⁴

Prise en compte: La prise en compte du VIH/SIDA désigne tous les secteurs et toutes les organisations déterminant : comment l'expansion du VIH est causée ou contribue à être causée par leur secteur ou leurs opérations, comment l'épidémie est susceptible d'affecter leurs buts, leurs objectifs et leurs programmes, où leur secteur/organisation dispose d'un avantage comparatif afin de riposter – pour limiter l'expansion du VIH et atténuer l'incidence de l'épidémie et ensuite passer à l'action.¹⁴

Dans les programmes nationaux, les liens entre les principaux services de VIH (prévention, traitement, soins et soutien) et les principaux services de SSR (planification familiale ou PF, santé maternelle et infantile ou SMI, prévention et gestion des IST et des infections de l'appareil reproducteur ou IAR, promotion de la santé sexuelle, prévention et traitement de la

violence à caractère sexiste ou VCS, prévention contre l'avortement à risque et prestation de soins post-abortum) sont considérés comme une source d'importants bienfaits pour la santé publique. Cela dit, il faut concevoir les liens dans toute l'étendue de leurs applications, sans se limiter au secteur de la santé ou à un impact direct sur la santé, car se sont également des déterminants structurels et sociaux touchant à la fois le VIH et la SSR.

Les grands principes

Les politiques et programmes de liens doivent s'inspirer de la philosophie et des engagements qui fondent les sept principes clefs suivants :

1. *Tenir compte les déterminants culturels.* S'attaquer aux causes premières du VIH et de la mauvaise santé sexuelle et reproductive. Cela signifie agir pour réduire la pauvreté, garantir l'égalité d'accès aux principaux services de santé et améliorer l'accès à l'information et aux opportunités d'éducation
2. *Axer les actions sur les droits humains et sur le genre.* Souligner les droits de tous en matière de sexualité et de reproduction, y compris les droits des femmes et des hommes vivant avec le VIH, et ceux des populations marginalisées tels les consommateurs de drogues injectables, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et les travailleurs sexuels. Et ce sans oublier les politiques sensibles à la problématique homme/femme afin d'établir l'égalité entre les sexes et éliminer la VCS.
3. *Promouvoir une réponse coordonnée et cohérente.* Attirer l'attention sur les priorités de SSR par une réponse coordonnée et cohérente avec le VIH, et qui adhère aux principes d'un cadre national de lutte contre le VIH, d'un organe de coordination large et multisectorielle de lutte contre le VIH et d'un seul système national de suivi et d'évaluation (Les Trois Principes Directeurs)
4. *Inclure effectivement les personnes vivant avec le VIH (PVVIH).* Les femmes et hommes qui vivent avec le VIH doivent participer pleinement à la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques, programmes et recherches qui affectent leur vie.
5. *Encourager la participation des communautés.* Les jeunes, les populations vulnérables et la communauté dans son ensemble sont des partenaires essentiels dans l'apport de réponses appropriées aux défis décrits et aux besoins des personnes et communautés affectées.
6. *Réduire la stigmatisation et la discrimination.* Des mesures politiques et juridiques plus musclées s'imposent d'urgence pour protéger les PVVIH et les populations vulnérables contre la discrimination.
7. *Reconnaître le rôle central de la sexualité.* La sexualité est un aspect essentiel de la vie humaine et du bien-être individuel, familial et communautaire.

Pourquoi ces liens ?

Si l'on peine encore à identifier les liens qui auront le meilleur impact ou la meilleure façon de renforcer les liens privilégiés en fonction du cadre programmatique, une récente étude systématique du Cochrane Collaboration HIV Review Group¹⁵ fournit diverses recommandations vitales pour les actions futures. S'il y a consensus sur les bienfaits du renforcement des liens pour les clients, on trouve peu de littérature sur la faisabilité, les coûts et les implications de la démarche pour les systèmes de santé. Or cela est essentiel pour garantir des décisions financières, programmatiques et politiques sensées.

Afin de faire état des initiatives de liens innovantes les plus récentes, cette enquête a pris en compte les principales études d'évaluation sérieuses et revues par les pairs auxquelles elle a ajouté les «pratiques prometteuses». Pour cela, les critères d'inclusion suivants ont été utilisés :

Etudes revues par les pairs

- Publication dans une revue scientifique avec comité de lecture (1990-2007)

- Etude d'évaluation rigoureuse (avant et après, ou avec groupe-contrôle)
- Menée dans divers contextes

Pratiques prometteuses

- Littérature grise (non révisée par les pairs) (1990-2007)
- Certains résultats d'évaluation rapportés
- Menée uniquement dans des conditions de ressources limitées

58 études ont satisfait aux critères d'inclusion, 35 études revues par les pairs et 23 pratiques prometteuses, 36 en Afrique, 11 au Royaume-Uni ou aux États-Unis, 11 en Asie, Europe de l'Est, Amérique latine et Antilles. Près de 80 % des pratiques prometteuses provenaient d'Afrique.

Type des liens

34 études intégraient des services VIH à des programmes SSR existants

14 études intégraient des services SSR à des programmes VIH existants
10 études intégraient des services VIH et SSR en même temps

Type de service intégré

La majorité des études incluait le dépistage VIH à l'intégration ; un nombre plus faible d'études évaluait l'intégration d'autres services VIH. Le score moyen de rigueur pour la conception de l'étude (de 1 à 9) a été de 3,46 pour les articles spécialisés et de 1,0 pour les pratiques prometteuses.

39 études tombaient dans l'une des six catégories suivantes (4 études concernaient plus d'un cadre) : cliniques de soins prénatals ajoutant des services VIH ; centres de conseil et dépistage VIH ajoutant des services SSR ; cliniques de PF ajoutant des services VIH ; cliniques VIH ajoutant des services SSR ; cliniques IST ajoutant des services VIH ; cliniques de soins primaires ajoutant des services VIH et/ou SSR.

Limite des études

Peu d'études se sont attachées spécifiquement à l'intégration de services VIH et SSR. Aucune de celles concernant directement l'intégration n'était conçue spécifiquement pour comparer les services intégrés aux mêmes services dispensés séparément. Aucune des études n'a mesuré les conséquences en termes de stigmatisation, et très peu ont rapporté les résultats en termes de coût. Seules deux études ont calculé le rapport coût-efficacité.

Principaux résultats

1. Malgré la diversité des clients et des cadres, la majorité des études a révélé une amélioration dans tous les résultats mesurés, seul un faible nombre a trouvé des résultats mitigés. Bon nombre d'études ont rapporté une augmentation ou une amélioration : dans l'accès aux services et l'intérêt suscité - dépistage VIH, résultats sur la santé et les comportements, utilisation du préservatif, VIH et IST, connaissances et qualité des services en général
2. Le fait de relier la SSR et le VIH était considéré comme bénéfique et réalisable, en particulier dans les cliniques de PF, les centres de conseil et de dépistage et les cliniques VIH
3. Sur 58 études analysées, il y en a eu plus entre 2000 et 2007 (65 %) qu'entre 1990 et 1999 (35 %). Cette tendance était plus marquée parmi les pratiques prometteuses, mais cela peut être dû au fait que les rapports non publiés et plus anciens ne sont peut-être plus disponibles
4. Le type de lien a révélé une tendance légèrement différente selon la période. Les études les plus anciennes concernaient plus souvent des programmes SSR complétés par des services VIH, tandis que l'on a observé plutôt l'inverse pour les études plus récentes
5. Les deux études sur le rapport coût-efficacité suggéraient des économies nettes avec l'intégration de la prévention VIH/sida aux services de santé maternelle et infantile (SMI)
6. Près des trois quarts (71 %) des études revues par les pairs n'évaluaient les programmes que sur un type de lien. En revanche, plus de la moitié (57 %) des pratiques prometteuses évaluaient les programmes sur cinq liens ou plus, et seules 9 % n'avaient qu'un type de lien. Cette différence peut être due au fait que les programmes les plus récents relient services VIH et SSR de façon plus complète, ou alors au fait que les études revues par les pairs étaient souvent conçues pour aborder des aspects pointus de la recherche
7. Les quelques études ayant rapporté des résultats en termes de coût ont toutes été menées après 2000. Cette tendance positive peut indiquer une reconnaissance croissante de l'importance du VIH en tant que problématique de droits humains ainsi qu'une volonté d'augmenter les services de liens
8. Les études faisant état de résultats sur la santé étaient bien réparties sur toute la durée considérée
9. Les interventions ayant réussi à mettre en place une formation des prestataires ont enregistré une amélioration des connaissances et des

attitudes des prestataires, d'où une meilleure prestation de services VIH et SSR

10. Peu d'études ont traité des points suivants : services liés pour les hommes et les garçons ; prévention contre la VCS ; services SSR complets pour les PVVS, grossesse non planifiée et planification d'une grossesse sans danger et désirée incluses.

Des bienfaits démontrés

1. Amélioration de l'accès aux principaux services VIH et SSR et de l'intérêt suscité

Bon nombre d'études ont révélé une augmentation ou une amélioration de l'accès aux services et de l'intérêt qu'ils suscitent - dépistage VIH, résultats sur la santé et les comportements, utilisation du préservatif, infection à VIH et IST, connaissances

a. Disponibilité/Accessibilité des services

Plusieurs études ont mesuré la disponibilité et l'accessibilité des services VIH et SSR clefs, ou encore les articles et équipements liés à la prestation de ce type de services. Les résultats étaient généralement positifs.

Une étude¹⁶ a mesuré la disponibilité/l'accessibilité de l'information, l'éducation et du matériel de communication (IEC) en tant que résultat visé par l'intervention. Il s'agissait d'une pratique prometteuse avec un effet positif sur la disponibilité/l'accessibilité des méthodes de PF mais négatif sur la disponibilité/l'accessibilité des autres articles, en raison des ruptures de stock de préservatifs dans les centres de conseil et dépistage volontaires (CDV).

Deux autres études ont mesuré la disponibilité/l'accessibilité des médicaments (névirapine et antirétroviraux¹⁷) en tant que résultats attendus ; toutes deux ont révélé un effet positif. Quatre études ayant mesuré la disponibilité/l'accessibilité du dépistage VIH¹⁶⁻²⁰ ont été positives,¹⁷⁻²⁰ et une s'est révélée négative en raison des ruptures de stocks des kits de dépistage VIH.¹⁶ Aucune étude n'a mesuré la disponibilité/l'accessibilité des équipements.

b. L'intérêt pour les services

Plusieurs études ont mesuré l'intérêt pour divers services et donné, dans l'ensemble, des résultats satisfaisants.

Ces études se sont le plus souvent attachées à mesurer l'intérêt pour les services de dépistage VIH.¹⁸⁻²⁹ Neuf d'entre elles étaient des études revues par des pairs,^{18, 19, 21, 24-29} et trois des pratiques prometteuses.^{20, 22, 23} Dans tous les cas, l'intervention s'est révélée positive. Si l'intérêt pour le dépistage VIH était généralement élevé et semblait augmenter avec les interventions, l'intérêt du dépistage est resté faible chez les partenaires des clientes en visite en clinique.

Les deux études qui ont mesuré l'intérêt pour les méthodes de PF ont révélé des résultats positifs^{16,30} sur le nombre de préservatifs et de contraceptifs oraux distribués,³⁰ et le nombre des clients en CDV ayant opté pour une méthode de PF.¹⁶ Les trois études ayant mesuré l'intérêt pour les traitements concernaient toutes la névirapine : deux ont montré une augmentation, et la troisième une baisse.^{18,28,31} Une étude a mesuré l'intérêt pour le matériel IEC et rapporté la distribution de plus de 9 000 ouvrages et brochures éducatifs, mais ses résultats sont à relativiser du fait de l'absence de groupe témoin.²³

2. Le soutien à la double protection

Si bon nombre d'études ont révélé une augmentation de l'utilisation du préservatif après intégration des services, rien ne prouve un soutien plus grand en faveur de la double protection. L'augmentation de l'utilisation du préservatif a été constatée dans des études concernant l'intégration de services VIH aux soins prénatals et de services SSR en cliniques VIH, ainsi que l'intégration de services à des dispensaires de soins de santé primaire.

Une étude sur la double protection a montré que les femmes ayant bénéficié de CDV étaient trois fois plus susceptibles de rapporter l'utilisation d'une double méthode (préservatif et contraception hormonale) que les femmes n'ayant pas bénéficié de CDV.³² Une autre étude a montré une amélioration de l'utilisation de la double méthode (barrière chimique vaginale et préservatif) sur la durée, mais elle n'a pas analysé l'intérêt de ces résultats et n'a pas utilisé la même mesure comme base de départ.³³

3. Une qualité des soins améliorée

Sept études portaient sur la qualité des services à partir de la satisfaction des clients, d'une liste de contrôle sur la qualité et l'application de procédures de consultation par les prestataires. Pour cinq d'entre elles, l'effet a été positif^{16,34-37} et, pour deux, il n'a pas été significatif.^{22,25} Le problème avec l'intégration des services est que le surcroît de travail qu'elle induit pour les prestataires peut faire baisser la qualité globale des services. Il est donc encourageant que les études aient révélé une qualité des services améliorée et, au pire, inchangée.

4. Une meilleure efficacité des programmes

Dans l'ensemble, le fait de tisser des liens entre la SSR et le VIH était considéré comme bénéfique et réalisable, en particulier dans les cliniques PF, les centres de CDV et les cliniques VIH. Deux études sur le rapport coût-efficacité ont suggéré la réalisation d'économies nettes par l'intégration de la prévention VIH/IST aux services de SMI.^{38,39}

Des preuves insuffisantes

Les lacunes identifiées dans l'étude des preuves ont fait ressortir les principaux axes à privilégier pour la recherche future sur l'action et les interventions. Pratiquement aucune étude n'a mesuré les résultats anticipés pour les liens suivants² :

- meilleur accès des PVVIH aux services de SSR adaptés à leurs besoins
- réduction de la stigmatisation et la discrimination liées au VIH
- couverture améliorée des principales populations mal desservies/vulnérables
- compréhension et protection améliorées des droits individuels
- meilleure complémentarité des efforts et baisse de la compétition pour les ressources
- renforcement mutuel de la complémentarité entre cadres juridiques et politiques
- meilleure utilisation des faibles ressources humaines pour la santé

Facteurs stimulant ou inhibant les liens efficaces entre SSR et VIH

Les facteurs de stimulation comprennent l'attitude positive et les bonnes pratiques chez les prestataires et le personnel, un engagement institutionnel au développement permanent des capacités, la participation active de la communauté et du gouvernement pendant la planification et la mise en œuvre, l'adjonction de services simples et faciles à mettre en place qui font peu augmenter les coûts des services existants, la création d'un environnement libre de toute stigmatisation dans le cadre des services, la participation des partenaires masculins et l'engagement des populations clés.

Les facteurs de gêne ou d'inhibition comprennent le manque d'engagement des parties, l'inconstance des soutiens financiers aux efforts de développement des liens, le manque de personnel, la baisse de moral et le taux de roulement élevé dans les cliniques, le manque de développement des capacités des personnels et prestataires, l'inadéquation des infrastructures, des équipements et du matériel par rapport aux besoins, le manque d'autonomisation des femmes en matière de décisions SSR, les problèmes culturels et d'illettrisme, les problèmes sociaux tels que la violence domestique, une gestion et une supervision programmatiques mauvaises, ainsi que les attitudes qui stigmatisent et empêchent un grand nombre de clients potentiels d'utiliser les services.

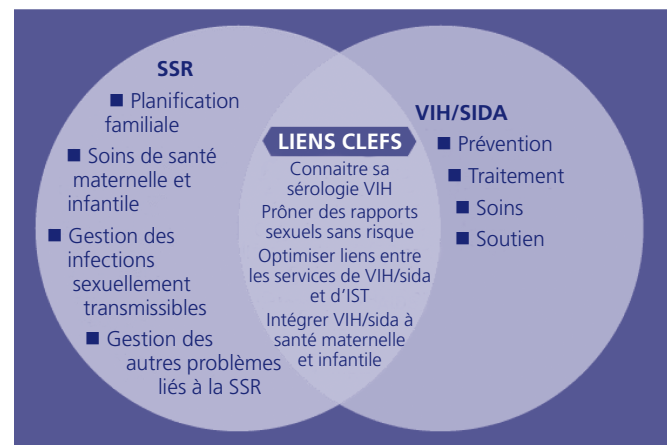
Programmes et services

L'infection à HIV est le premier problème de santé sexuelle auquel le monde doit aujourd'hui faire face. Le VIH, le sida, la sexualité et la reproduction sont tous intimement liés. Aussi ne fait-il aucun doute qu'une réponse SSR globale au problème du VIH est un des moyens le plus efficaces d'atteindre le nombre considérable des personnes vulnérables à l'infection et les PVVIH.

Intégrer les services SSR et VIH, c'est reconnaître le rôle vital de la sexualité dans la vie des gens et l'importance qu'il y a à leur permettre de faire des choix informés pour leur santé sexuelle et reproductive. Il y a une nette volonté derrière les efforts consentis pour normaliser le VIH dans les réponses SDSR, ainsi qu'une large reconnaissance du fait que l'intégration programmatique s'impose tant pour atteindre les objectifs SSR que pour apporter une vraie réponse à l'épidémie de VIH.

Il est absolument impératif tant sur le plan éthique que programmatique de proposer des réponses VIH et SSR plus coordonnées entre elles. Le cadre proposé à cet effet par l'OMS, le FNUAP, Onusida et l'IPPF - *Sexual and Reproductive Health and HIV/AIDS: A framework for priority linkages*² (SSR et VIH/sida: un cadre pour les liens prioritaires) - met en lumière certaines de ces interventions programmatiques stratégiques.

L'intégration des principaux services SSR et VIH a un sens pour les gens car elle tient compte de ce que les systèmes de santé fragiles contraignent à aller chercher les gens là où ils sont. Qu'il s'agisse de dispenser des services PF aux femmes, une éducation complète à la sexualité pour les jeunes des deux sexes, de gérer les IST, de garantir l'accès aux préservatifs ou un traitement antirétroviral, il est capital de pouvoir compter sur la mise en place des politiques sensées pour soutenir cette approche holistique reliant la prévention aux soins et au traitement et répondant aux caractéristiques de l'épidémie propres à la région et/ou au pays. Trop souvent, la structure verticale des programmes SSR et VIH (tant à l'échelon national que dans les priorités de financement des donateurs) empêche de soutenir cette logique de nivellement.



La réponse simultanée aux défis de la SSR et du VIH pourrait bien également constituer un moyen de réduire la stigmatisation autour du VIH. Or, la stigmatisation et la discrimination sont profondément enracinées. Pour les réduire, il faut être capable de regarder les choses en face et de parler ouvertement de sexualité, de drogue, de pauvreté et d'inégalité sexuelle. L'ignorance, les préjugés et la peur fabriquent ensemble un terrain fertile qui favorise la propagation du VIH. À l'inverse, l'ouverture d'esprit, l'acceptation de l'autre et l'accessibilité des services sont les principaux moyens de le contenir.

Tout rejet subi par un individu du fait de la stigmatisation - ou de la peur - liée au VIH est un défi de plus que pose l'épidémie. D'après la littérature, les prestataires de services eux-mêmes peuvent être à l'origine d'une discrimination. Des PVVIH ont fait état de réactions négatives de la part de médecins, infirmiers et autres prestataires médicaux dans divers services de santé, ce qui décourageait les gens de revenir. D'autant que cette stigmatisation autour du VIH vient souvent s'ajouter à celle à laquelle certaines populations sont confrontées, d'où une difficulté accrue à répondre à leurs besoins SSR.

Les efforts pour déraciner la stigmatisation et la discrimination liées au VIH doivent être soutenus par la coopération de toutes les sections de la société. La participation active des PVVIH à tous les efforts de prévention, de soins et de traitement est un facteur essentiel de réduction de la stigmatisation. Le principe de la participation accrue des PVVIH et/ou des PVVS⁴⁰ consiste à reconnaître que leur expérience personnelle peut et doit être utilisée pour forger la réponse à l'épidémie. Ce principe - déjà fréquemment mentionné dans la plupart des documents et stratégies politiques nationaux sur le VIH^{41,42} - doit être appliqué pour devenir une pratique concrète. La participation des PVVIH est un point de départ clef pour surmonter la marginalisation et l'isolement que bon nombre d'entre elles subissent. C'est là également un pas de plus vers la protection des droits SSR des PVVIH et la garantie qu'elles aient accès à l'information, aux services et au soutien qui leur sont nécessaires pour vivre bien et longtemps.

Le succès de bien des services SSR et VIH intégrés tient à la qualité du système d'orientation qui relie les différents services entre eux. Quand un prestataire ne peut offrir certains services, il faut absolument renforcer et faciliter l'orientation pour garantir la prise en charge des nombreuses maladies opportunistes liées au VIH comme la tuberculose, le paludisme et l'hépatite. Le système d'orientation doit également permettre de répondre à d'autres questions sociales comme le microcrédit, le développement des compétences et l'accès à d'autres formes de soutien psychosocial.

Que peuvent faire les associations membres ?

1. *Initier* - en collaboration avec d'autres intéressés et partenaires nationaux - une *rapide évaluation du statut des liens dans le contexte national*. Cette évaluation devrait passer par une analyse des liens dans les politiques, les systèmes et la prestation de services⁴³
2. Être à l'avant-garde de *l'intégration des services sur des terrains encore insuffisamment documentés*, comme l'intégration des services SSR et VIH pour les PVVIH, avec soutien clinique et psychologique, contraception, planification avant la conception en cas de désir de grossesse, réduction des VCS et d'autres services liés à l'attention des hommes et des garçons
3. Garantir *l'optimisation des liens dans les différents contextes où sévit le VIH*. Il faudra veiller à bien cerner la nature des services intégrés dans les zones à prévalence VIH particulièrement élevée parmi les populations clés
4. Garantir *un suivi et une évaluation efficaces des programmes* qui soutiennent les liens entre SSR et VIH, et documenter les principaux résultats. Pour cela, il faudra tenir compte du processus et des modalités de la prestation des services, de la faisabilité et de

l'acceptabilité de l'intégration parmi les prestataires de services et les clients, ainsi que du rapport coûts-avantages de la prestation de services intégrés

5. *Promouvoir le changement* dans les domaines clés suivants :
 - pour une harmonisation des flux financiers pour les programmes VIH et SSR, afin d'éviter que des ressources ne soient allouées séparément pour le VIH ou la SSR
 - pour que les systèmes de santé assurent un approvisionnement unifié des articles et produits à la fois pour les services VIH et SSR
 - pour faire changer les lois qui criminalisent la transmission du VIH à autrui, car elles sont basées sur le non-respect de certains principes de droits humains fondamentaux.
6. *Suivre la mise en œuvre des déclarations signées par les gouvernements* relatives aux liens entre SSR et VIH
7. *Collaborer avec les organisations nationales de lutte contre le VIH et les soutenir* pour veiller à ce que les liens entre SSR et VIH fonctionnent bien dans les deux sens (ce que l'on appelle l'aspect bidirectionnel)⁴⁴
8. Utiliser, suivre et documenter l'intégration des services SSR et VIH en tant que *vecteur de réduction de la stigmatisation*, pour promouvoir davantage d'intérêt pour les services et un accès étendu, en particulier parmi les hommes et les garçons, les populations clés comme les travailleurs sexuels, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et les consommateurs de drogue
9. *Œuvrer pour une meilleure compréhension du continuum de soins* afin de mettre en place un programme sur les liens. Cela implique un soutien au traitement autant qu'à la prévention⁴⁵
10. *S'assurer que les principaux services VIH* (CDV, PCTME et TARV) *soient intégrés à d'autres services SSR* (par ex. PF, planification avant la conception incluse ; SMI ; prévention et gestion des VCS; gestion des IST)
11. *Renforcer les réponses liant SSR et VIH* dans les deux sens, à l'aide des moyens suivants :
 - a) Engagement des parties prenantes
 - b) Ressources humaines et planification
 - c) Formation des prestataires de service
 - d) Participation du client à l'éducation
 - e) Qualité des services
 - f) Infrastructures
 - g) Gestion de l'approvisionnement (y compris sécurisation des articles et produits)
12. *Encourager et promouvoir la participation pleine et entière de la communauté* à la recherche pour s'assurer que toutes les recherches sur les liens se transforment en résultats concrets pour les clients
13. *Renforcer la collaboration entre la recherche sur la SSR et celle sur le VIH* par le développement d'un programme de liens commun
14. Collaborer avec la communauté des chercheurs pour évaluer les principaux résultats en matière de liens, notamment pour la santé, la réduction de la stigmatisation, le rapport coût-efficacité et les tendances dans l'accès aux services
15. *Elaborer, adopter, modifier et renforcer les politiques*, plans stratégiques VIH et SSR et autres dispositifs de coordination pertinents pour favoriser les liens efficaces.

Quelques éclaircissements sur des notions essentielles

Bidirectionnel : renvoie au fait de lier la SSR aux politiques et programmes de VIH et le VIH aux programmes et politiques de SSR.

Double protection : un bon nombre de personnes sexuellement actives ont besoin d'une double protection pour éviter les grossesses involontaires et les IST, VIH inclus. Or la contraception qui offre la meilleure protection contre la grossesse ne protège pas contre les IST. Aussi recommande-t-on le préservatif pour se protéger des infections. L'utilisation du préservatif seul peut également protéger à la fois des IST et de la grossesse à condition d'être utilisé correctement et systématiquement, mais il est associé à des taux de grossesse plus élevés qu'en combinaison avec une autre méthode contraceptive.²

Le secteur de la santé : ensemble comprenant tous les services de santé publics et privés (promotion de la santé, prévention contre les maladies, diagnostic, traitement et soins inclus), les ministères de la Santé, les ONG, les groupes communautaires, les groupements professionnels, et toute autre institution directement impliquée dans le système de santé, comme par ex., l'industrie pharmaceutique et les organismes de formation dans ce domaine).⁴⁶

Programmes et politiques VIH et sida : cela inclut le conseil et dépistage VIH, la prophylactique et le traitement pour les PVHIV, les

soins à domicile et le soutien psychosocial, la prévention positive, la prévention contre le VIH auprès du grand public, l'approvisionnement en préservatifs pour la double protection, la PCTME, ainsi que les services spécifiques aux populations clés.

Conseil et dépistage VIH : c'est le point d'entrée privilégié de toute personne qui a besoin de prévention, soins, traitement et de soutien. Tout dépistage VIH doit être confidentiel, réalisé avec le consentement libre et informé de l'intéressé et s'accompagner de conseil.² Toute démarche de dépistage et conseil initiée par un prestataire implique une procédure de routine comprenant la proposition d'un dépistage VIH à tout patient de dispensaire de soins médicaux situé dans une zone à prévalence VIH significative et où la TARV est disponible. Les clients conservent le droit de décliner l'offre. Les demandes de dépistage VIH à l'initiative de clients pour toute personne souhaitant connaître sa sérologie à l'aide du CDV demeurent essentielles à l'efficacité de la prévention contre le VIH. Il est capital de promouvoir la connaissance de son statut sérologique auprès de tout membre d'une population susceptible d'avoir été exposée au VIH par quelque mode de transmission que ce soit.⁴⁷

Populations clés : populations au sein desquelles convergent le risque et la vulnérabilité. Les épidémies de VIH peuvent être contenues en concentrant les efforts de prévention sur les populations clés lesquelles peuvent jouer un rôle majeur en participant activement à la réponse au VIH. Les populations clés varient selon le contexte et la nature de l'épidémie locale mais, dans la plupart des cas, elles incluent les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les travailleurs sexuels et leurs clients, ainsi que les consommateurs de drogues injectables.²

Risque et vulnérabilité : l'infection à VIH est associée à des risques spécifiques qui comprennent les comportements tels que les rapports sexuels non protégés et/ou coercitifs. La vulnérabilité au VIH se mesure à l'incapacité d'un individu ou d'une communauté à contrôler son risque d'infection. Dans bon nombre de contextes, les femmes – notamment quand elles sont jeunes – sont plus particulièrement vulnérables à l'infection à VIH car elles sont souvent plus démunies que les hommes pour éviter les rapports sexuels non consentis, voire coercitifs.^{2,48}

Programmes et politiques de santé sexuelle et reproductive : cela comprend la PF/ la SMI/ les infections de l'appareil reproducteur (IAR), la promotion de la santé sexuelle, la prévention et la gestion des VCS, la prévention contre l'avortement à risque et les soins post-abortum.

PCTME : ensemble des stratégies de prévention des infections à VIH liées à la maternité, à savoir :

- prévention contre l'infection à VIH primaire parmi les filles et les femmes
- prévention contre les grossesses non planifiées chez les femmes vivant avec le VIH
- réduction de la transmission de la mère à l'enfant par un traitement antirétroviral ou prophylactique, des accouchements plus sûrs et un conseil sur l'allaitement maternel
- la prestation de soins, traitement et soutien aux femmes vivant avec le VIH, ainsi qu'à leur famille.²

Abréviations et acronymes

C&D	Conseil et dépistage
CDV	Conseil et dépistage volontaires
IAR	Infection de l'appareil reproducteur
IEC	Information, éducation et communication
IO	Infection opportuniste
IST	Infection sexuellement transmissible
PCTME	Prévention contre la transmission mère-enfant
PF	Planification familiale
PVHIV	Personnes vivant avec le VIH
PVVS	Personnes vivant avec le sida
SDSR	Santé et droits en matière de sexualité et de reproduction
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
SMI	Santé maternelle et infantile
SSR	Santé sexuelle et reproductive
TARV	Thérapie anti-rétrovirale
VCS	Violences à caractère sexiste
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Références

Pour une liste complète des références, nous vous invitons à consulter le numéro de mars du Bulletin médical de l'IPPF, disponible en ligne (en anglais) : <http://www.ippf.org/en/Resources/Medical>