



Organisation
mondiale de la Santé

Lignes directrices unifiées relatives à la santé et aux droits en matière de sexualité et de reproduction des femmes vivant avec le VIH



Organisation
mondiale de la Santé

Lignes directrices unifiées relatives à la santé et aux droits en matière de sexualité et de reproduction des femmes vivant avec le VIH



Lignes directrices unifiées relatives à la santé et aux droits en matière de sexualité et de reproduction des femmes vivant avec le VIH [Consolidated guideline on sexual and reproductive health and rights of women living with HIV]

ISBN 978-92-4-254999-7

© Organisation mondiale de la Santé 2018

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué cidessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

Citation suggérée. Lignes directrices unifiées relatives à la santé et aux droits en matière de sexualité et de reproduction des femmes vivant avec le VIH [Consolidated guideline on sexual and reproductive health and rights of women living with HIV]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Table des matières

Remerciements	v
Abréviations et acronymes.....	vii
Résumé d'orientation	ix
Tableau 1 : Liste récapitulative des recommandations de l'OMS pour la santé et les droits des femmes vivant avec le VIH en matière de sexualité et de reproduction (SDSR)	xii
Tableau 2 : Liste récapitulative des déclarations OMS de bonnes pratiques relatives à la santé et aux droits des femmes vivant avec le VIH en matière de sexualité et de reproduction	xvii
Chapitre 1. Introduction.....	1
1.1 Contexte.....	1
1.2 Public cible	2
1.3 Champ d'application des directives	3
1.4 Approche et principes directeurs.....	4
1.5 Valeurs et préférences des femmes vivant avec le VIH.....	8
Chapitre 2. Méthodologie et processus relatifs à l'élaboration des lignes directrices	10
2.1 Groupes de travail chargés de l'élaboration des lignes directrices	10
2.2 Autres collaborateurs importants.....	11
2.3 Déclaration relative aux intérêts des contributeurs externes	11
2.4 Définition du champ d'application et des domaines thématiques pour de nouvelles recommandations et déclarations de bonnes pratiques.....	12
2.5 Examen des données factuelles et élaboration de recommandations	12
2.6 Prise de décision par le GDG lors de l'élaboration des lignes directrices	14
2.7 Compilation et présentation du contenu des lignes directrices.....	15
Cadre des recommandations et déclarations de bonnes pratiques de l'OMS visant à promouvoir la santé et les droits des femmes vivant avec le VIH en matière de sexualité et de reproduction	17
Chapitre 3. Créer un environnement favorable : recommandations et déclarations de bonnes pratiques.....	18
3.1 Application d'un cadre socioécologique afin de définir un environnement favorable pour la SDSR des femmes vivant avec le VIH.....	20
3.2 Stratégies nécessaires à la création et au maintien d'un environnement favorable.....	22
Chapitre 4. Interventions sanitaires : recommandations et déclarations de bonnes pratiques.....	49
4.1 Conseil et soutien en matière de santé sexuelle	50
4.2 Services destinés aux femmes victimes de violence	55
4.3 Services de planification familiale et de lutte contre la stérilité.....	59
4.4 Services de soins prénatals et de santé maternelle.....	66
4.5 Services d'avortement sécurisé.....	74
4.6 Services de prise en charge des infections sexuellement transmissibles et du cancer du col de l'utérus ...	77

Chapitre 5. Prestation de services et mise en oeuvre des lignes directrices	83
5.1 Vue d'ensemble.....	83
5.2 Réformes clés en matière de prestation de services	85
5.3 Principaux éléments à prendre en considération dans le cadre des services proposés aux femmes vivant avec le VIH.....	88
5.4 Comprendre l'épidémiologie locale du VIH et des IST.....	91
Chapitre 6. Élaboration du programme de recherche.....	93
6.1 Définition des éléments de recherche dont il faut tenir compte en priorité afin de renforcer la base de connaissances.....	93
6.2 Vers une approche de recherche appropriée en matière de SDSR.....	95
Chapitre 7. Diffusion, applicabilité et actualisation des lignes directrices et des recommandations.....	97
7.1 Diffusion.....	97
7.2 Applicabilité.....	98
7.3 Actualisation des lignes directrices	99
Bibliographie	101
Annexe 1. Experts externes et personnel de l'OMS ayant participé à l'élaboration de ces lignes directrices	114
Annexe 2. Liste des déclarations d'intérêts des membres du Groupe chargé de l'élaboration des lignes directrices (GDG) et informations relatives à la gestion de ces intérêts.....	119
Annexe 3. Questions et résultats prioritaires pour les interventions identifiées dans le cadre de ces lignes directrices.....	122
Annexe 4. Revues systématiques et revues de littérature	123
Annexe 5. Décisions du Groupe chargé de l'élaboration des lignes directrices (GDG) eu égard aux nouvelles recommandations	125

Annexe en ligne : Tableaux GRADE et stratégies de recherche des revues systématiques

Disponibles à l'adresse : www.who.int/reproductivehealth/publications/gender_rights/srhr-women-hiv/en/

Remerciements

Groupe d'orientation de l'OMS chargé des lignes directrices (SG)

Les membres du personnel de l'OMS suivants ont contribué à l'élaboration de ces lignes directrices en leur qualité de membres du groupe d'orientation chargé des lignes directrices : **Avni Amin** (Département de la Santé et recherche génésiques [RHR]), **Rachel Baggaley** (Département VIH/SIDA), **John Beard** (Département Vieillesse et qualité de vie [ALC]), **Ana Pilar Betrán Lazaga** (Département RHR), **Francoise Bigirimana** (Bureau régional de l'Afrique), **Sonja Caffè** (Bureau régional des Amériques/Organisation panaméricaine de la Santé [OPS]), **Rebekah Bosco Thomas** (Équipe genre, équité et droits de l'homme), **Nathalie Broutet** (Département RHR), **Tarun Dua** (Département Santé mentale et abus de substances psychoactives [MSD]), **Shaffiq Essajee** (Département VIH/SIDA), **Jane Ferguson** (Département Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent [MCA]), **Mario Festin** (Département RHR), **Bela Ganatra** (Département RHR), **Claudia García Moreno** (Département RHR), **Fahmy Hanna** (Département MSD), **Rajat Khosla** (Département RHR), **Gunta Lazdane** (Bureau régional OMS de l'Europe), **Ramez Mahaini** (Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale), **Léopold Ouedraogo** (Bureau régional OMS de l'Afrique), **Razia Pendse** (Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est), **Sheryl van der Poel** (Département RHR), **Joanna Vogel** (Département MCA).

Groupe chargé de l'élaboration des lignes directrices (GDG)

Pascale Allotey (School of Medicine and Health Sciences, Monash University Malaysia, Malaisie), **Elham Atalla** (Al Hoor Health Center, Arad Health Center, Ministère de la Santé, Royaume de Bahreïn), **Susan Bewley** (Women's Health Academic Centre, King's College London, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord [Royaume-Uni]), **Shalini Bharat** (School of Health Systems Studies, Tata Institute of Social Sciences, Inde), **Elizabeth Bukusi** (Co-Présidente) (Kenya Medical Research Institute [KEMRI], Kenya), **Caroline Phiri Chibawe** (Santé de la mère et de l'enfant, Ministère de la Santé, Zambie), **Sophie Dilmitis** (Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH, Zimbabwe), **Raoul Fransen-dos Santos** (International Civil Society Support, Pays-Bas), **Selma Hajri** (Réseau africain pour l'avortement médicamenteux [ANMA], Tunisie), **Maurice Hiza** (Département de la santé reproductive et de l'enfant, Ministère de la Santé et de la protection sociale, République unie de Tanzanie), **Mona Loutfy** (Women's College Research Institute, Women's College Hospital, Université de Toronto, Canada), **Chisale Mhango** (Royal College of Obstetrics and Gynaecology, College of Medicine, Malawi), **Glen Mola** (School of Medicine and Health Sciences, Papouasie-Nouvelle-Guinée), **Rejoice Nkambule** (Services de santé publique, Ministère de la Santé, Swaziland), **Vera Paiva** (Interdisciplinary Group for AIDS Prevention [NEPAIDS], Université de São Paulo, Brésil), **Quach Thi Thu Trang** (Center for Creative Initiatives in Health and Population [CCIHP], Viêt Nam), **Paul Van Look** (Co-Président) (consultant indépendant, Suisse), **Alice Welbourn** (Salamander Trust, Royaume-Uni), **Anandi Yuvaraj** (consultant indépendant, Inde).

Personnes ayant contribué aux revues systématiques et aux examens narratifs relatifs au grade donné aux recommandations, examen, élaboration et évaluation (approche GRADE)

École de Santé Publique Johns Hopkins Bloomberg, États-Unis d'Amérique (USA) : Caitlin Kennedy et son équipe : **Laura Beres**, **Virginia Burke**, **Stephanie Caldas**, **Elisabeth Chop**, **Avani Duggaraju**, **Angela Flignor**, **Sabina Haberen**, **Sophie Morse**, **Shristi Pandey**, **Caitlin Payne**, **Jennifer Robinson**, **Haneefa Saleem**, **Alana Teman** et **Ping Teresa Yeh**.

Spécialiste en méthodologie/épidémiologiste clinicienne indépendante, Afrique du Sud : **Nandi Siegfried**.

Groupe d'examen externe (ERG)

Georgina Caswell (International HIV/AIDS Alliance, Royaume-Uni), **Eli Coleman** (Université du Minnesota, USA), **Tyler Crone** (ATHENA Network, USA), **Cecilia Chung** (Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH, USA), **Faysal El-Kak** (American University of Beirut, Liban), **Asha George** (University of the Western Cape, Afrique du Sud), **Quarraisha Abdool Karim** (Center for AIDS Research in South Africa [CAPRISA], Afrique du Sud), **Robert Leke** (Université de Yaoundé, Cameroun), **Svetlana Moroz** (Eurasian Women's Network on AIDS, Ukraine), **Nelly Mugo**

(Kenyatta National Hospital, Kenya), **Wanjiru Mukoma** (LVCT Health, Kenya), **Hajjarah Nagadya** (Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH [ICW] Afrique orientale, Ouganda), **Francis Ndowa** (Conseil d'administration du Harare Central Hospital, Zimbabwe), **L'Orangelis Thomas Negrón** (Latin America and Caribbean Positive Youth Network, Panama), **Eugene Ngoga** (Université du Rwanda, Rwanda), **Hiroshi Obara** (National Center for Global Health and Medicine, Japon), **Hamid Rushwan** (Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique [FIGO], Soudan), **Aditi Sharma** (ICW, Inde), **Martha Tholanah** (ICW, Zimbabwe), **Ruth Morgan Thomas** (Global Network of Sex Work Projects [NSWP], Royaume-Uni), **Rita Wahab** (Femmes vivant avec le VIH au Moyen-Orient [MENA Rosa], Liban).

Représentants d'organismes des Nations Unies et autres partenaires externes

Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme : **Kate Thomson**

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA)

Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'Homme (HCDH) : **Ruben Brouwer, Lucinda O'Hanlon**

Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) : **Lynn Collins, Petra ten Hoope-Bender**

Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) : **Shawn Malarcher, Nithya Mani, Jen Mason**

Personnel et consultants de l'OMS

Consultants de l'OMS : nous tenons à remercier tout particulièrement **Laura Beres** de l'Université Johns Hopkins, **Elizabeth McGroary**, consultante indépendante et **Luisa Orza** de l'ATHENA Network qui ont participé à la rédaction, à la coordination et à la recherche relatives aux présentes lignes directrices, ainsi que **Sofia Gruskin** et **Shubha Kumar** de l'Institute for Global Health, Université de Californie du Sud, qui ont dirigé l'examen sur les droits fondamentaux.

Nous adressons également des remerciements tout particuliers à **Philippa Easterbrook, Susan Norris** et **Charles Penn** (Secrétariat du Comité d'examen des directives de l'OMS), qui ont fourni leurs conseils et apporté leur soutien à plusieurs reprises au cours de l'élaboration des présentes lignes directrices.

Natalie Maurer et Jane Werunga-Ndanareh ont fourni l'appui administratif de l'OMS et **Catherine Hamill, Lizzy Noble** et **Christine Meynent** ont apporté leur soutien en matière de communication. **Jane Patten** a procédé à la révision technique et **Christel Chater** s'est chargée de la conception et de la présentation graphique pour le compte de Green Ink, Royaume-Uni.

Coordination générale

Manjulaa Narasimhan a assuré la coordination du processus d'élaboration des lignes directrices dans son ensemble sous la supervision de **James Kiarie** et **Ian Askew** (Département RHR de l'OMS).

Financement

Le Programme spécial de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine (HRP) PNUD/UNFPA/UNICEF/OMS/Banque mondiale de recherche, le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) et l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) ont apporté leur soutien dans l'élaboration de ces lignes directrices.

Abréviations et acronymes

ALC	Département Vieillesse et qualité de vie de l’OMS
ARV	antirétroviraux (médicaments)
BSG	Bibliothèque de santé génésique
CBS	Communication brève relative à la sexualité
CESCR	Comité des droits économiques, sociaux et culturels de l’ONU
CIPD	Conférence internationale sur la population et le développement
ERG	Groupe d’examen externe
ETME	élimination de la transmission de la mère à l’enfant
FWC	Groupe Santé de la famille, de la mère et de l’enfant de l’OMS
GDG	Groupe chargé de l’élaboration des lignes directrices
GER	Équipe genre, équité et droits de l’homme de l’OMS
GPS	déclaration de bonnes pratiques
GRADE	grade donné aux recommandations, examen, élaboration et évaluation
GRC	Comité d’examen des directives de l’OMS
GVPS	Enquête mondiale sur les valeurs et les préférences (Global Valeurs et préférences Survey)
HCDH	Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l’Homme
HRP	Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine PNUD/UNFPA/UNICEF/OMS/Banque mondiale
HSV	virus de l’herpès
IST	infections sexuellement transmissibles
MCA	Département Santé de la mère, du nouveau-né, de l’enfant et de l’adolescent de l’OMS
MEC	Critères de recevabilité pour l’adoption et l’utilisation continue de méthodes
MGF	mutilation génitale des femmes
mhGAP	Programme d’action Comblant les lacunes en santé mentale
mhGAP-IG	Programme d’action Comblant les lacunes en santé mentale – guide d’intervention
MIWA	participation significative des Femmes vivant avec le VIH/SIDA
MSD	Département Santé mentale et abus de substances psychoactives de l’OMS
ODD	Objectifs de développement durable
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PAR	recherche pragmatique participative
PICO	population, intervention, comparaison, résultat (population, intervention, comparator, outcome(s))
PMNCH	Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l’enfant
PNUD	programme des Nations Unies pour le développement
PrEP	prophylaxie préexposition
PTME	prévention de la transmission mère-enfant
RCT	essai contrôlé randomisé
REC	recommandation
RHR	Département Santé et recherche génésiques de l’OMS
RTI	infections de l’appareil reproducteur
SDSR	la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction

SG	Groupe d'orientation de l'OMS chargé des lignes directrices
SIDA	syndrome d'immunodéficience acquise
SPR	Sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives (publication de l'OMS)
SSR	santé sexuelle et reproductive
TAR	traitement antirétroviral
TB	tuberculose
TPP	traitement présomptif périodique
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
VIH	virus de l'immunodéficience humaine
VPH	virus du papillome humain

Résumé d'orientation

Le VIH n'est pas seulement la conséquence des inégalités entre les sexes, il contribue à les renforcer, les femmes étant ainsi plus exposées à ses effets. Des interventions de santé sexuelle et reproductive fondées sur les principes de l'égalité entre les sexes et des droits humains peuvent avoir un impact positif sur la qualité de vie des femmes vivant avec le VIH et vont aussi dans le sens d'une amélioration à long terme de la santé et de l'équité.

Introduction

En 2015, on comptait selon les estimations 17,8 millions de femmes âgées de 15 ans et plus vivant avec le VIH, soit 51 % de tous les adultes vivant avec le virus. Les adolescentes et les jeunes femmes sont particulièrement touchées : en 2015, elles représentaient 60 % des jeunes de 15 à 24 ans vivant avec le VIH et 58 % des nouveaux cas d'infection dans cette tranche d'âge. Dans de nombreux pays, les femmes vivant avec le VIH ne bénéficient pas d'un accès équitable à des services de santé de bonne qualité et sont confrontées à des formes de stigmatisation multiples qui se recoupent. Les femmes vivant avec le VIH sont en outre exposées de manière disproportionnée à la violence, ainsi qu'à des violations de leurs droits en matière de sexualité et de reproduction.

Les politiques, recherches et pratiques liées au VIH ont beaucoup évolué ces 10 dernières années depuis la publication par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en 2006 des lignes directrices – en matière de santé sexuelle et reproductive – relatives aux soins, au traitement et au soutien des femmes vivant avec le VIH/sida et de leurs enfants en situation de ressources limitées (*Sexual and reproductive health of women living with HIV/AIDS : guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings*). Parmi les changements intervenus figurent l'extension rapide des traitements antirétroviraux (TAR) et les recommandations formulées par l'OMS en 2015 tendant à offrir un TAR immédiat à toute personne vivant avec le VIH et une prophylaxie préexposition aux sujets exposés à un risque sensible d'infection à titre de choix préventif supplémentaire. En raison de leur portée bien plus large, ces recommandations ont été considérées comme de nouvelles lignes directrices par le Comité d'examen des directives de l'OMS, plutôt que comme une mise à jour de celles de 2006. Elles font suite aux demandes des organisations, des institutions et de particuliers soucieux de disposer d'orientations regroupant les différentes recommandations existantes relatives aux femmes vivant avec le VIH dans le cadre de nouvelles recommandations et déclarations de bonnes pratiques. Il s'agit d'aider partout dans le monde les agents de santé en première ligne, les directeurs de programme et les responsables de l'élaboration des politiques de santé publique à mieux répondre aux besoins concernant la santé et les droits des femmes vivant avec le VIH en matière sexuelle et reproductive (SDSR).

Les lignes directrices envisagent comme point de départ le moment où une femme apprend qu'elle est infectée par le VIH et couvre en conséquence les aspects essentiels de la prestation de services SDSR et le soutien apporté aux femmes vivant avec le VIH. En raison des obstacles très particuliers et des violations de leurs droits humains concernant la sexualité et la procréation auxquels ces femmes sont confrontées au sein de la famille et de la communauté, ainsi que dans les établissements de soins auxquels elles s'adressent, on a surtout mis l'accent sur la création d'un environnement permettant d'appuyer des interventions de santé plus efficaces et d'obtenir de meilleurs résultats. Il s'agit d'aider les pays à planifier, élaborer et surveiller de manière plus efficace des programmes et des services propres à promouvoir l'égalité des sexes et les droits humains, et par conséquent plus acceptables et mieux adaptés aux femmes vivant avec le VIH dans le contexte épidémiologique national et local. Les lignes directrices envisagent les questions de mise en œuvre qu'il faut se poser concernant les interventions sanitaires et la prestation de services en vue de l'égalité entre les sexes et de la défense des droits humains.

Les lignes directrices visent à fournir :

- **des recommandations fondées sur les données factuelles** en faveur de la SDSR des femmes vivant avec le VIH dans toute leur diversité, mettant particulièrement l'accent sur les situations où le système de santé dispose de capacités et de ressources limitées ; et
- **des déclarations de bonnes pratiques** sur des aspects essentiels de fonctionnement et de prestation de services clés en vue i) d'améliorer l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive, leur utilisation et la qualité des résultats obtenus ; ii) d'améliorer les droits humains ; et iii) de promouvoir l'égalité entre les sexes dans le cas des femmes vivant avec le VIH.

Une approche centrée sur la femme

Des services de santé centrés sur la femme supposent une approche des soins adoptant volontairement les perspectives des femmes, de leur famille et de leur communauté. Les femmes bénéficient alors de services de santé fiables répondant de manière humaine et globale à leurs besoins, leurs droits et leurs préférences et auxquels elles participent activement. Les soins sont dispensés en respectant leur pouvoir de décision autonome en matière sanitaire et les services doivent fournir les informations et les options leur permettant de prendre des décisions en connaissance de cause. Les besoins et les perspectives des femmes, de leur famille et de leur communauté sont au cœur de la prestation des soins, et de la conception et de l'élaboration des programmes et des services. Deux principes directeurs sous-tendent l'approche centrée sur la femme : la promotion des droits humains et l'égalité entre les sexes.

Principes directeurs

Droits humains : une approche intégrée de la santé et des droits humains est essentielle pour veiller à la dignité et au bien-être des femmes vivant avec le VIH. Elle comprend notamment le droit au meilleur état de santé qu'il est possible d'atteindre ; le droit à la vie et à l'intégrité physique, y compris le droit de ne pas subir d'actes de violence ; le droit à l'égalité et à la non-discrimination fondée sur le sexe ; et le droit de ne pas subir de torture ou de peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Le droit à la santé sexuelle et reproductive fait partie intégrante du droit à la santé, qui est consacré par l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels.

Égalité entre les sexes : la promotion de l'égalité des sexes est fondamentale pour garantir la SDSR de toutes les femmes, y compris celles qui vivent avec le VIH dans toute leur diversité, ce qui implique de reconnaître comment les rapports de force dans les relations intimes, les normes sexistes néfastes et leur pouvoir économique insuffisant affectent leur accès aux services de santé et leur expérience de ces services.

Méthodes d'élaboration des lignes directrices

Le Département Santé reproductive et recherche de l'OMS a dirigé l'élaboration de ces lignes directrices unifiées sur la base des procédures de l'Organisation et des normes de notification établies dans le *WHO handbook for guideline development* de 2014. Pour qu'elles reflètent bien les préoccupations des femmes vivant avec le VIH dans toute leur diversité, l'OMS a fait procéder à une enquête mondiale sur les priorités en matière de SDSR des femmes vivant avec le VIH – la Global Valeurs et préférences Survey (GVPS)¹. Ce processus s'inscrivait au cœur de l'élaboration de ces lignes directrices et les résultats de l'enquête en font partie intégrante.

Le Groupe d'orientation de l'OMS chargé de définir la portée des lignes directrices a réuni toutes les recommandations existantes de l'Organisation relatives à la SDSR des femmes vivant avec le VIH, puis les a examinées pour déterminer la pertinence de celles soumises à l'évaluation GRADE (grade donné aux recommandations, examen, élaboration et évaluation) en vue de leur inclusion dans les lignes directrices unifiées. Le Groupe d'orientation a distingué les huit domaines suivants pour les nouvelles recommandations ou déclarations de bonnes pratiques : appui psychosocial, sexualité saine et vieillissement, autonomisation économique et accès aux ressources (sécurité alimentaire comprise), intégration des services SDSR dans les services de prise en charge du VIH, autonomisation et autoefficacité en matière de rapports sexuels protégés et de prise de décisions relatives à la procréation, mesures propres à faciliter la divulgation sans risque par les femmes vivant avec le VIH victimes ou craignant d'être victimes d'actes de violence, types d'accouchement donnant les meilleurs résultats pour la mère et le nouveau-né (césarienne en particulier) et avortement médicamenteux et chirurgical sans risque. L'élaboration de

nouvelles recommandations ou déclarations de bonnes pratiques dans ces huit domaines commence par l'examen systématique des données factuelles. Le Groupe d'élaboration de la ligne directrice a évalué la qualité des données disponibles pour les nouvelles recommandations et examiné les avantages et les risques, les valeurs et les préférences, les droits humains, l'équité, les coûts et la faisabilité de la mise en œuvre afin de déterminer la force de chaque recommandation.

Créer un environnement favorable

Pour mettre en œuvre des programmes complets et intégrés en matière de SDR et de VIH répondant aux besoins et droits en matière de santé du groupe spécifique des femmes vivant avec le VIH, il faut prévoir des interventions permettant de surmonter les obstacles à l'accès et au recours à ces services, et d'assurer un maintien de l'engagement. Dans tout contexte épidémique, ces obstacles surviennent aux niveaux individuel, interpersonnel, communautaire et sociétal. Il peut s'agir, entre autres, de l'exclusion sociale ou de la marginalisation, de la pénalisation, de la stigmatisation, de la violence sexiste et de l'inégalité entre les sexes. Des stratégies sont nécessaires dans l'ensemble du système de santé pour rendre les services plus accessibles aux femmes vivant avec le VIH, plus acceptables, plus abordables et plus efficaces et faire en sorte qu'ils soient mieux utilisés, de meilleure qualité et leur assurent une couverture équitable. S'ils restent négligés, ces obstacles affaiblissent les interventions en affectant la SDR des femmes vivant avec le VIH.

Mise en œuvre et actualisation des lignes directrices

Pour donner suite aux recommandations des lignes directrices, il faut mettre en place une stratégie fondée sur des données factuelles qui soit adaptée au contexte local et réponde aux besoins et aux droits des femmes vivant avec le VIH. Les programmes devraient aussi chercher à obtenir des résultats sanitaires équitables, promouvoir l'égalité des sexes et offrir à tout moment et de manière efficace des soins de la plus haute qualité. Une bonne mise en œuvre des recommandations et déclarations de bonnes pratiques nécessitera probablement une réorganisation des soins et une redistribution des ressources affectées aux soins de santé, notamment dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Au regard des obstacles potentiels dont il est pris acte, il serait judicieux de veiller à une adoption, une adaptation et une mise en œuvre par étapes des recommandations.

Au cours du processus d'élaboration de ces lignes directrices, le Groupe d'élaboration a défini au niveau des connaissances d'importantes lacunes qu'il faudra combler par la recherche primaire. Les lignes directrices seront mises à jour cinq ans après leur publication, à moins que d'importants faits nouveaux n'appellent une révision plus précoce.

Les Tableaux 1 et 2 présentent respectivement les nouvelles recommandations et déclarations de bonnes pratiques et celles qui existent déjà. La Figure 1 illustre un cadre regroupant tous les éléments des lignes directrices et centré sur les femmes vivant avec le VIH (et leurs idées et préférences exprimées).

Tableau 1 : Liste récapitulative des recommandations de l'OMS pour la santé et les droits des femmes vivant avec le VIH en matière de sexualité et de reproduction (SDSR)

Note : Lorsque les recommandations s'appliquent à des « groupes clés », ceux-ci comprennent les femmes vivant avec le VIH. Ces recommandations font donc également partie de la ligne directrice.

A. Créer un environnement favorable	
Recommandation (REC)	Force de la recommandation, qualité des données
Sexualité saine tout au long de la vie	
REC A.1 : Des services de santé axés sur les adolescents devraient être fournis dans le cadre des services de prise en charge du VIH pour favoriser leur participation et améliorer les résultats. ¹	Recommandation forte, données de faible qualité
Intégration des services SDRS dans les services de prise en charge du VIH	
REC A.2 : En situation d'épidémie généralisée, les traitements antirétroviraux (TAR) devraient être initiés et poursuivis chez la femme enceinte éligible ou en période post-partum et chez le nourrisson dans le contexte des soins de santé de la mère et de l'enfant, avec le cas échéant un lien et une orientation vers les soins VIH et le TAR en cours.	Recommandation forte, données de faible qualité
REC A.3 : La prise en charge des infections sexuellement transmissibles et les services de planification familiale peuvent être intégrés dans le cadre de la prise en charge du VIH.	Recommandation conditionnelle, données de très faible qualité
REC A.4, A.5 et A.6 : La décentralisation des traitements et soins concernant le VIH devrait être envisagée pour améliorer l'accès aux soins et la continuité des soins : <ul style="list-style-type: none"> • TAR initié à l'hôpital et poursuivi dans des établissements de soins ; • TAR initié et poursuivi dans des établissements périphériques ; • TAR initié dans des établissements périphériques et poursuivi au niveau communautaire. 	Recommandation forte, données de faible qualité Recommandation forte, données de faible qualité Recommandation forte, données de qualité moyenne
REC A.7 : Les non-professionnels formés et encadrés peuvent distribuer le TAR aux adultes, adolescents et enfants vivant avec le VIH.	Recommandation forte, données de faible qualité
REC A.8 : Les agents de santé, sages-femmes et personnels infirmiers non médecins formés peuvent initier un TAR de première intention.	Recommandation forte, données de qualité moyenne
REC A.9 : Les agents de santé, sages-femmes et personnels infirmiers non médecins formés peuvent poursuivre un TAR.	Recommandation forte, données de qualité moyenne
REC A.10 : Les agents de santé communautaires formés et encadrés peuvent dispenser le TAR entre les visites périodiques à l'établissement de soins.	Recommandation forte, données de qualité moyenne
Protection contre la violence et sécurité	
REC A.11 : Un soutien immédiat devrait être offert aux femmes lors de la divulgation de toute forme d'acte de violence commis par le partenaire intime (ou un autre membre de la famille) ou d'agression sexuelle quel qu'en soit l'auteur. Les prestataires de soins devraient au minimum apporter un soutien en première ligne lors de la divulgation d'un acte de violence par la femme qui en a été victime. S'ils ne sont pas en mesure d'apporter un tel soutien, ils devraient veiller à ce que quelqu'un d'autre (dans l'établissement de soins ou une autre personne facilement accessible) soit immédiatement disponible pour le faire. ²	Recommandation forte, données indirectes
REC A.12 : Les prestataires de soins devraient poser des questions sur l'exposition à la violence du partenaire intime quand ils évaluent les affections qui en résultent ou sont exacerbées, afin d'améliorer le diagnostic/dépistage et les soins ultérieurs.	Recommandation forte, données indirectes

1. Référence concernant cette recommandation et toutes les recommandations existantes dans la section sur l'intégration des services : Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach, second edition. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf).
2. Référence concernant cette recommandation et toutes les recommandations existantes dans la section sur la violence et la sécurité : Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf) (Résumé d'orientation en français : Lutter contre la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle à l'encontre des femmes : recommandations cliniques et politiques, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/88186/1/WHO_RHR_13.10_fre.pdf).

<p>REC A.13 : Les prestataires de soins (médecins, personnels infirmiers et sages-femmes notamment) devraient recevoir une formation en cours d'emploi et une formation avant le niveau du diplôme concernant le soutien à apporter en première ligne aux femmes victimes d'actes de violence commis par le partenaire intime ou d'agressions sexuelles.</p>	Recommandation forte, données de très faible qualité
<p>REC A.14 : Lors de la divulgation d'actes de violence commis par le partenaire intime, les femmes enceintes devraient bénéficier de conseils à moyen terme (jusqu'à 12 séances) en matière d'autonomisation et d'un soutien et de recommandations concernant notamment leur sécurité, assurés par des prestataires qualifiés si le système de santé est en mesure d'offrir un tel service. La mesure dans laquelle cette recommandation peut s'appliquer en dehors des soins prénatals ou dans des pays à revenu faible ou intermédiaire reste incertaine.</p>	Recommandation conditionnelle, données de faible qualité
<p>REC A.15 : Les soins aux femmes victimes d'actes de violence commis par le partenaire intime ou d'agressions sexuelles devraient être intégrés aux services de santé existants dans la mesure du possible au lieu d'être fournis par un service indépendant.</p>	Recommandation forte, données de très faible qualité
<p>REC A.16 : Il n'est pas recommandé que les prestataires de soins soient tenus d'informer la police d'actes de violence commis par un partenaire intime. Ils devraient cependant proposer d'informer les autorités compétentes (y compris la police) lorsque telle est la volonté de la victime et que celle-ci est consciente de ses droits.</p>	Recommandation forte, données de très faible qualité

Autonomisation communautaire

<p>REC A.17 : Fournir des traitements gratuits contre le VIH et la tuberculose aux agents de santé qui en ont besoin, pour faciliter la prestation de ces services d'une manière non stigmatisante, soucieuse des différences entre les sexes, confidentielle et pratique en l'absence d'un service destiné au personnel et/ ou si leur établissement n'offre pas le TAR, ou encore s'ils préfèrent dispenser les services en dehors d'un établissement.³</p>	Recommandation forte, données de faible qualité
<p>REC A.18 : Introduire de nouvelles politiques ou renforcer les politiques existantes pour prévenir la discrimination à l'encontre des agents de santé infectés par le VIH ou atteints de tuberculose, et adopter des interventions visant à réduire la stigmatisation par les collègues et les supérieurs.⁴</p>	Recommandation forte, données de qualité moyenne

B. Interventions sanitaires

Recommandation (REC)	Force de la recommandation, qualité des données
Conseil et soutien en matière de santé sexuelle	
<p>REC B.1 (NOUVELLE) : L'OMS recommande de prévoir, dans le cas des femmes vivant avec le VIH, des interventions visant à renforcer l'autoefficacité et l'autonomisation en matière de SDRS afin qu'elles puissent bénéficier de la meilleure santé possible et jouir de leurs droits.</p>	Recommandation forte, données de faible qualité
<p>REC B.2 : La communication brève relative à la sexualité (CBS) est recommandée dans les services de santé primaires pour la prévention des infections sexuellement transmissibles chez l'adulte et l'adolescent.⁵</p>	Recommandation forte, données de qualité faible à moyenne
<p>REC B.3 : Il est recommandé de former les prestataires de soins de santé pour leur apporter des connaissances en matière de santé sexuelle et des compétences sur la CBS.⁶</p>	Recommandation forte, données de qualité faible à très faible

3. Joint WHO/ILO policy guidelines on improving health worker access to prevention, treatment and care services for HIV and TB. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44467/1/9789241500692_eng.pdf).

4. Ibid.

5. Communication brève relative à la sexualité : recommandations pour une approche de santé publique. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204278/1/9789242549003_fre.pdf).

6. Ibid.

Services destinés aux femmes victimes de violence

<p>REC B.4 (NOUVELLE) : L'OMS recommande que les responsables de l'élaboration des politiques et les prestataires de services qui apportent un soutien aux femmes vivant avec le VIH reconnaissent que beaucoup d'entre elles qui envisagent une divulgation volontaire de leur infection sont victimes de la violence exercée par le partenaire intime ou exposées au risque de cette violence ou craignent d'en être victimes.</p>	<p>Recommandation forte, données de faible qualité</p>
<p>REC B.5 (NOUVELLE) : L'OMS recommande que les interventions et services de soutien destinés aux femmes vivant avec le VIH qui envisagent une divulgation volontaire de leur infection couvrent notamment les difficultés de leur situation actuelle, les risques d'être victimes d'actes de violence du fait d'une telle divulgation et les mesures propres à favoriser une divulgation à moindre risque et qu'ils facilitent les liens avec les services disponibles de prévention de la violence et de soins aux victimes.</p>	<p>Recommandation forte, données de faible qualité</p>
<p>REC B.6 : Les adolescentes devraient être conseillées quant aux avantages et aux risques potentiels d'une divulgation à autrui de leur infection par le VIH et habilitées à déterminer si une telle divulgation est judicieuse, quand et comment elle devrait intervenir et qui devrait être informé, et recevoir un soutien à cette fin.⁷</p>	<p>Recommandation conditionnelle, données de très faible qualité</p>
<p>REC B.7 : Des services de dépistage du VIH destinés aux couples et aux partenaires sexuels, avec un soutien en vue de la divulgation mutuelle, devraient être offerts aux personnes que l'on sait infectées par le virus et à leurs partenaires.⁸</p>	<p>Recommandation forte, données de faible qualité en ce qui concerne tous les sujets infectés par le VIH dans toutes les situations d'épidémie ; recommandation conditionnelle, données de faible qualité en ce qui concerne tous les sujets non infectés par le VIH en fonction de la prévalence du virus dans le pays</p>
<p>REC B.8 : Des initiatives devraient être mises en place pour faire respecter la protection de la sphère privée et instituer des politiques, des lois et des normes propres à prévenir la discrimination des personnes vivant avec le VIH et à promouvoir la tolérance et l'acceptation à leur égard. On peut ainsi aider à créer des environnements propres à faciliter la divulgation de l'infection.⁹</p>	<p>Recommandation forte, données de faible qualité</p>
<p>REC B.9 : Les enfants d'âge scolaire* porteurs du VIH devraient être informés de leur séropositivité ; les enfants plus jeunes devraient être informés de manière progressive compte tenu de leurs compétences cognitives et de leur maturité affective afin de préparer une divulgation complète.¹⁰</p>	<p>Recommandation forte, données de faible qualité</p>
<p>REC B.10 : Les enfants d'âge scolaire* devraient être informés de la séropositivité de leurs parents ou des personnes qui s'occupent d'eux. Les enfants plus jeunes devraient être informés de manière progressive, compte tenu de leurs compétences cognitives et de leur maturité affective.¹¹</p>	<p>Recommandation conditionnelle, données de faible qualité</p>
<p>* Dans ce document, on entend par enfants d'âge scolaire, les enfants dont les capacités cognitives et la maturité affective correspondent à celles d'un enfant de 6 à 12 ans qui se développe normalement.</p>	

Services de planification familiale et de lutte contre la stérilité

<p>REC B.11 : Dans les pays où la transmission touche des couples sérodiscordants, où l'on peut repérer de tels couples et où des choix supplémentaires de prévention du VIH sont nécessaires, une prophylaxie postexposition par voie orale quotidienne (ténofovir ou association ténofovir emtricitabine) peut être envisagée comme intervention supplémentaire éventuelle dans le cas du partenaire non infecté.¹²</p>	<p>Recommandation conditionnelle, données de haute qualité</p>
<p>REC B.12 : TAR à initier chez tous les adultes vivant avec le VIH, quels que soient le stade clinique de l'OMS et la numération des CD4.¹³</p>	<p>Recommandation forte, données de qualité moyenne</p>

7. HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94334/1/9789241506168_eng.pdf).

8. Guidance on couples HIV testing and counselling including antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44646/1/9789241501972_eng.pdf).

9. Guideline on HIV disclosure counselling for children up to 12 years of age. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44777/1/9789241502863_eng.pdf).

10. Ibid.

11. Ibid.

12. Guidance on oral pre-exposure prophylaxis (PrEP) for serodiscordant couples, men and transgender women who have sex with men at high risk of HIV: recommendations for use in the context of demonstration projects. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://www.who.int/hiv/pub/guidance_prep/en/).

13. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach, second edition. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf).

<p>REC B.13 : L'utilisation correcte et systématique de préservatifs avec des lubrifiants compatibles est recommandée à tous les groupes clés pour éviter la transmission sexuelle du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST).¹⁴</p>	<p>Recommandation forte, données de qualité moyenne</p>
<p>REC B.14 : Les femmes vivant avec une infection à VIH asymptomatique ou légère (stade de l'OMS 1 ou 2) peuvent utiliser les méthodes de contraception hormonale suivantes sans restriction : contraceptifs oraux combinés (COC), contraceptifs injectables combinés (CIC), patches et anneaux contraceptifs, pilules de progestatif seul (PPS), progestatif seul injectable (PSI, acétate de médroxyprogestatif retard [AMPR] et énanthate de noréthistérone [NET-EN]), et implants au lévonorgestrel (LNG) et à l'étonorgestrel (ETG) (catégorie 1 utilisée dans la publication <i>Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives</i>). Les femmes vivant avec une infection à VIH asymptomatique ou légère (stade de l'OMS 1 ou 2) peuvent en général utiliser le DIU-LNG (catégorie 2) (partie I, section 12b).¹⁵</p> <p>REC B.15 : Les femmes vivant avec une infection à VIH sévère ou à un stade avancé (stade de l'OMS 3 ou 4) peuvent utiliser les méthodes de contraception hormonale suivantes sans restriction : COC, CIC, patches et anneaux contraceptifs, PPS, PSI (AMPR et NET-EN), implants au LNG et implants à l'ETG (catégorie 1). Les femmes vivant avec une infection à VIH sévère ou à un stade avancé (stade de l'OMS 3 ou 4) ne devraient généralement pas adopter le DIU-LNG (catégorie 3 pour l'adoption) avant que leur maladie ne se soit améliorée et ait évolué vers une forme asymptomatique ou légère (stade de l'OMS 1 ou 2). Les femmes ayant déjà un DIU-LNG posé qui développent une infection à VIH sévère ou à un stade avancé n'ont pas besoin de se faire retirer leur DIU (catégorie 2 pour la continuation). Si un DIU-LNG est utilisé chez les cas d'infection à VIH sévère ou à un stade avancé, on surveillera de près l'apparition éventuelle d'une maladie inflammatoire pelvienne (partie I, section 12c).</p> <p>REC B.16 : Les femmes prenant un inhibiteur nucléosidique/nucléotidique de la transcriptase inversée (INTI) peuvent utiliser les méthodes de contraception hormonale suivantes sans restriction : COC, CIC, patches et anneaux contraceptifs, PPS, PSI (AMPR et NET-EN), implants au LNG et implants à l'ETG (catégorie 1) (partie I, section 12d).</p> <p>REC B.17 : Les femmes sous TAR comprenant l'éfavirenz ou la névirapine peuvent généralement utiliser les COC, CIC, patches et anneaux contraceptifs, PPS, NET-EN et implants (catégorie 2). Elles peuvent toutefois utiliser l'AMPR sans restriction (partie I, section 12d).</p>	<p>La force de la recommandation est indiquée par la catégorie de méthode de contraception, qui est indiquée dans le texte.¹⁶</p> <p>Données de qualité moyenne à très faible</p> <p>Données de qualité moyenne à très faible</p> <p>Données de qualité faible à très faible</p> <p>Données de qualité faible à très faible</p>
<p>REC B.18 : Les femmes qui prennent les INNTI plus récents, dont l'étravirine et la rilpivirine, peuvent utiliser toutes les méthodes de contraception hormonale sans restriction (catégorie 1) (partie I, section 12d).</p> <p>REC B.19 : Les femmes sous inhibiteurs de la protéase (par exemple ritonavir et ARV boostés par le ritonavir) peuvent en général utiliser les méthodes de contraception suivantes : COC, CIC, patches et anneaux contraceptifs, PPS, NETEN, implants au LNG et implants à l'ETG (catégorie 2) et peuvent utiliser l'AMPR sans restriction (catégorie 1) (partie I, section 12d).</p> <p>REC B.20 : Les femmes sous l'inhibiteur de l'intégrase raltégravir peuvent utiliser toutes les méthodes de contraception hormonale sans restriction (catégorie 1) (partie I, section 12d).</p> <p>REC B.21 : Dispositif intra-utérin : Les femmes sous ARV peuvent en général utiliser le DIU-LNG (catégorie 2), à condition que leur infection à VIH soit asymptomatique ou légère (stade de l'OMS 1 ou 2). Les femmes vivant avec une infection à VIH sévère ou à un stade avancé (stade de l'OMS 3 ou 4) ne devraient généralement pas adopter le DIU-LNG (catégorie 3 pour l'adoption) avant que leur maladie ne se soit améliorée et ait évolué vers une forme asymptomatique ou légère. Les femmes qui ont déjà un DIU-LNG posé et qui développent une infection à VIH sévère ou à un stade avancé n'ont pas besoin de faire retirer leur DIU (catégorie 2 pour la continuation). Si un DIU-LNG est utilisé chez des cas qui développent une infection à VIH sévère ou à un stade avancé, on surveillera de près l'apparition éventuelle d'une maladie inflammatoire pelvienne (partie I, section 12d).</p>	<p>Données de qualité faible à très faible</p>

14. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – 2016 update. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246200/1/9789241511124-eng.pdf>).

15. Référence concernant cette recommandation et le reste des recommandations existantes dans cette section sur la contraception et pour la note suivante : Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, cinquième édition 2015. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249591/1/9789242549157-fre.pdf>).

16. Catégories pour définir la recevabilité d'un contraceptif (Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, cinquième édition, OMS, 2015) :

1 : État où l'utilisation de la méthode contraceptive n'appelle aucune restriction

2 : État où les avantages de la méthode contraceptive l'emportent en général sur les risques théoriques ou avérés

3 : État où les risques théoriques ou avérés l'emportent généralement sur les avantages procurés par l'emploi de la méthode

4 : État équivalent à un risque inacceptable pour la santé en cas d'utilisation de la méthode contraceptive.

Services de soins prénatals et de santé maternelle

REC B.22 (NOUVELLE) : L'OMS recommande de ne pas conseiller systématiquement une césarienne à toutes les femmes enceintes vivant avec le VIH.	Recommandation forte, données de faible qualité
REC B.23 : Le clampage tardif du cordon ombilical (effectué 1 à 3 minutes après la naissance) est recommandé pour tous les nouveau-nés en même temps que l'initiation des soins essentiels. ¹⁷	Recommandation forte, données de qualité moyenne
REC B.24 : Le TAR devrait être initié chez tous les adolescents vivant avec le VIH quels que soient le stade de l'OMS et la numération des CD4. ¹⁸	Recommandation conditionnelle, données de faible qualité
REC B.25 : Le TAR devrait être initié à titre prioritaire chez tous les adolescents vivant avec une infection à VIH sévère ou à un stade avancé (stade de l'OMS 3 ou 4) et chez les adolescents dont la numération des CD4 atteint ou dépasse 350 cellules/mm ³ . ¹⁹	Recommandation forte, données de qualité moyenne
REC B.26 : Le TAR devrait être initié chez toutes les femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH indépendamment du stade de l'OMS et de la numération des CD4 et poursuivi tout au long de la vie. ²⁰	Recommandation forte, données de qualité moyenne
REC B.27 : Les mères vivant avec le VIH devraient allaiter pendant 12 mois au moins et peuvent poursuivre l'allaitement jusqu'à 24 mois ou plus (comme les autres femmes) tout en bénéficiant d'un soutien complet pour l'observance du TAR. ²¹	Recommandation forte, données de faible qualité pour 12 mois, de très faible qualité pour 24 mois
REC B.28 : L'utilisation de l'amniotomie seule pour la prévention de l'allongement du travail n'est pas recommandée. ²²	Recommandation faible, données de très faible qualité
REC B.29 : L'utilisation de l'amniotomie et de l'oxytocine pour la prévention de l'allongement du travail n'est pas recommandée. ²³	Recommandation faible, données de très faible qualité

Services d'avortement sécurisé

REC B.30 (NOUVELLE) : L'OMS recommande que les femmes vivant avec le VIH qui souhaitent interrompre leur grossesse bénéficient des mêmes services d'avortement sécurisé que les autres femmes.	Recommandation forte, données de très faible qualité
REC B.31 (NOUVELLE) : L'OMS propose que les femmes vivant avec le VIH qui souhaitent interrompre leur grossesse puissent choisir entre avortement médicamenteux et chirurgical comme toutes les autres femmes.	Recommandation conditionnelle, données de très faible qualité

Services de prise en charge des infections sexuellement transmissibles et du cancer du col de l'utérus

REC B.32 : Les services de prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST) et de planification familiale peuvent être intégrés dans le cadre des soins concernant le VIH. ²⁴	Recommandation conditionnelle, données de très faible qualité
REC B.33 : L'OMS recommande de vacciner contre le VPH les jeunes filles se situant dans la tranche d'âge 9-13 ans. Celles recevant une première dose de vaccin avant l'âge de 15 ans peuvent faire l'objet d'un calendrier de vaccination en deux doses. L'intervalle entre les deux doses doit être de six mois. Il n'y a pas d'intervalle maximum entre les deux doses ; toutefois, il est suggéré de ne pas laisser s'écouler plus de 12-15 mois. Si l'intervalle entre les doses est inférieur à 5 mois, alors une troisième dose devra être administrée 6 mois au moins après la première dose. Les personnes immunodéprimées, y compris celles infectées par le VIH, et les jeunes femmes âgées de 15 ans et plus devront également recevoir le vaccin, selon un calendrier en trois doses (0, 1 2 et 6 mois) pour être totalement protégées. ²⁵	Aucune précision sur la force ou la qualité n'a été trouvée mais la recommandation est fondée sur l'approche GRADE

17. Recommandations de l'OMS pour la prévention et le traitement de l'hémorragie du post-partum. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/141487/1/9789242548501_fre.pdf).
18. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach, second edition. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf).
19. Ibid.
20. Ibid.
21. Guideline: updates on HIV and infant feeding: the duration of breastfeeding, and support from health services to improve feeding practices among mothers living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246260/1/9789241549707-eng.pdf>).
22. Recommandations relatives à l'accélération du travail : Grandes lignes et messages clés des Recommandations mondiales 2014 de l'Organisation mondiale de la Santé, (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/200210/1/WHO_RHR_15.05_fre.pdf).
23. Ibid.
24. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection : recommendations for a public health approach, second edition. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf).
25. La lutte contre le cancer du col de l'utérus : Guide des pratiques essentielles, deuxième édition 2017 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254713/1/9789242548952-fre.pdf>).

Tableau 2 : Liste récapitulative des déclarations OMS de bonnes pratiques relatives à la santé et aux droits des femmes vivant avec le VIH en matière de sexualité et de reproduction

Note : Lorsque les déclarations de bonnes pratiques s'appliquent à des « groupes clés », ceux-ci comprennent les femmes vivant avec le VIH ; ces déclarations de bonnes pratiques font donc également partie de la présente ligne directrice.

A. Créer un environnement favorable : Déclarations de bonnes pratiques (GPS)

Soutien psychosocial

GPS A.1 (NOUVELLE) : Des interventions de soutien psychosocial – par exemple par des groupes de soutien ou de femmes vivant avec le VIH – assurées par, avec et pour des femmes vivant avec le VIH devraient être prévues dans le cadre de la prise en charge du VIH.

Sexualité saine tout au long de la vie

GPS A.2 (NOUVELLE) : Les femmes vivant avec le VIH, dans toute leur diversité, devraient pouvoir avoir des relations intimes sans risque avec une sexualité épanouie et continuer d'avoir accès au plaisir sexuel en devenant plus âgées. Le choix de celles qui souhaitent ne pas être sexuellement actives devrait également être respecté et appuyé.

Autonomisation économique et accès aux ressources

GPS A.3 (NOUVELLE) : L'évaluation complète de la sécurité alimentaire liée à des services appropriés fait partie intégrante des soins destinés aux femmes vivant avec le VIH.

Intégration des services SDRS dans les services de prise en charge de l'infection à VIH

GPS A.4 (NOUVELLE) : Les femmes vivant avec le VIH devraient avoir accès à des services complets intégrés de santé sexuelle et reproductive* et de prise en charge du VIH adaptés à leurs besoins.

GPS A.5 (NOUVELLE) : Les femmes vivant avec le VIH devraient être associées à la conception et à la prestation de ces services.

* Tels qu'ils sont définis dans la Stratégie mondiale OMS de santé génésique de 2004²⁶

Protection contre la violence et sécurité

GPS A.6 : La violence à l'égard de personnes appartenant à des groupes clés devrait être évitée et le problème traité en partenariat avec les organisations de ces groupes. Les actes de violence contre de telles personnes devraient être surveillés et signalés et des dispositifs mis en place pour rendre justice.²⁷

GPS A.7 : Des services de santé et d'autres services de soutien devraient être offerts à toute victime d'actes de violence appartenant à un groupe clé. En particulier, les victimes de sévices sexuels devraient avoir rapidement accès à des soins complets après un viol, conformément aux lignes directrices de l'OMS.

GPS A.8 : Les agents chargés de faire appliquer la loi et les prestataires de soins de santé et de l'aide sociale devraient être formés à reconnaître et à défendre les droits humains des différents groupes clés et être poursuivis en cas de violation de ces droits, y compris en cas d'actes de violence.

Inclusion et acceptation sociales

GPS A.9 : Les responsables de l'élaboration des politiques, députés et autres dirigeants de la santé publique devraient œuvrer avec les organisations de la société civile pour surveiller la stigmatisation, combattre la discrimination dont sont victimes des groupes clés et modifier les sanctions prévues par la loi et les normes sociales.

GPS A.10 : Les agents de santé devraient recevoir régulièrement des cours de formation et de sensibilisation afin d'assurer qu'ils aient les compétences, les connaissances et la compréhension nécessaires pour dispenser leurs services aux adultes et adolescents appartenant à des groupes clés sur la base du droit de chacun à la santé, à la confidentialité et à la nondiscrimination.

GPS A.11 : Il est recommandé de faire en sorte que chacun, y compris les adolescents, puissent avoir accès à la contraception à un prix abordable et que la législation et les politiques appuient l'accès des groupes défavorisés et marginaux à la contraception.

26. Stratégie pour accélérer les progrès en santé génésique en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux. Stratégie ayant trait à la santé génésique adoptée lors de la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/68869/1/WHO_RHR_04.8_fre.pdf).

27. Référence concernant cette déclaration de bonne pratique et les autres déclarations de la section A du Tableau : Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH – juin 2016. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246217/1/9789290312222-fre.pdf>).

Autonomisation communautaire

GPS A.12 : Des programmes devraient être mis en place pour fournir aux groupes clés les connaissances et les services juridiques nécessaires concernant leurs droits et les règles applicables et leur permettre de bénéficier du soutien de l'appareil judiciaire en cas de violation de ces droits.

Lois et politiques favorables et accès à la justice

GPS A.13 : Les pays devraient œuvrer en faveur d'une dépenalisation de comportements tels que l'usage/injection de drogues, le travail du sexe, les rapports entre personnes de même sexe et l'identité de genre non conforme aux règles sociales et chercher à éliminer l'application injuste des lois et des règles dans le cas des personnes qui utilisent/s'injectent des drogues, des travailleurs du sexe, des hommes ayant des rapports avec d'autres hommes et des transgenres.

GPS A.14 : Les pays devraient chercher à mettre en place d'autres solutions que la privation de liberté dans le cas des consommateurs de drogues, des travailleurs du sexe et des personnes ayant des rapports avec d'autres personnes de même sexe.

GPS A.15 : Les pays sont encouragés à examiner leurs politiques actuelles concernant le consentement et à envisager leur révision pour réduire les obstacles à l'accès aux services de prise en charge du VIH qui sont liés à l'âge et donner aux prestataires les moyens d'agir dans l'intérêt de l'adolescent.

GPS A.16 : Il est recommandé d'assurer aux adolescentes des services de santé sexuelle et reproductive, y compris des informations et des services en matière de contraception, sans exiger l'autorisation ou la notification des parents ou du tuteur.

GPS A.17 : Les pays devraient chercher à mettre en place des politiques et des lois dépenalisant les comportements entre personnes de même sexe et les identités de genre non conformes aux normes.

GPS A.18 : Les pays devraient œuvrer en faveur d'une reconnaissance du statut juridique des transgenres.

GPS A.19 : Pour les transgenres, la reconnaissance juridique du genre et du nom souhaités peut être importante pour réduire la stigmatisation, la discrimination et l'ignorance. Cette reconnaissance par les services de santé peut faciliter l'accès aux services de prise en charge du VIH, leur utilisation et leur prestation.

B. Interventions sanitaires : Déclarations de bonnes pratiques

Communication brève relative à la sexualité (CBS)

GPS B.1 : Les responsables de l'élaboration des politiques de santé et les décideurs dans les établissements de formation des professionnels de soins de santé devraient veiller à ce que, là où elle est introduite, la communication brève relative à la sexualité respecte et protège les droits humains des clients et permette leur épanouissement.²⁸

Contraception

GPS B.2 : Il est recommandé de ne plus exiger l'autorisation de tiers pour obtenir des contraceptifs et des informations et services dans ce domaine, notamment l'autorisation du conjoint dans le cas des femmes vivant avec le VIH.²⁹

Prévention de la transmission périnatale du VIH

GPS B.3 : Il convient de faire valoir aux mères vivant avec le VIH et aux agents de santé que le TAR réduit le risque de transmission du VIH après la naissance dans le contexte d'une alimentation mixte. Si l'allaitement exclusif est recommandé, l'alimentation mixte ne constitue pas une raison d'arrêter l'allaitement au sein en présence d'antirétroviraux.³⁰

28. Communication brève relative à la sexualité : recommandations pour une approche de santé publique. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204278/1/9789242549003_fre.pdf).

29. Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH – juin 2016. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246217/1/9789290312222_fre.pdf).

30. Guideline: updates on HIV and infant feeding: the duration of breastfeeding, and support from health services to improve feeding practices among mothers living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246260/1/9789241549707-eng.pdf>).

Chapitre 1. Introduction

1.1 Contexte

En 2015, on comptait selon les estimations 17,8 millions de femmes âgées de 15 ans et plus vivant avec le VIH, soit 51 % de tous les adultes vivant avec le virus (1). Les adolescentes et les jeunes femmes sont particulièrement touchées : en 2015, elles représentaient 60 % des jeunes de 15 à 24 ans vivant avec le VIH et 58 % des nouveaux cas d'infection dans cette tranche d'âge (1). Dans de nombreux pays, les femmes vivant avec le VIH ne bénéficient pas d'un accès équitable à des services de santé de bonne qualité et sont confrontées à des formes de stigmatisation multiples qui se recoupent. Les femmes vivant avec le VIH sont en outre exposées de manière disproportionnée à la violence (2), ainsi qu'à des violations de leurs droits en matière de sexualité et de reproduction (3).

En 2016, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CESCR) des Nations Unies a défini le droit à la santé sexuelle et reproductive (SSR) comme faisant « partie intégrante du droit à la santé » (4). Afin de garantir la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction (SDSR) des femmes et des filles vivant avec le VIH, les éléments centraux suivants doivent faire l'objet d'une attention particulière (5) :

- Les droits de l'homme et l'égalité entre les sexes doivent être au centre d'une approche intégrale en matière de programmes de santé, plus particulièrement pour ce qui est de la sexualité et de la santé sexuelle.
- Les systèmes de santé doivent tenir compte des inégalités dans l'accès aux soins de santé et la qualité de ces derniers, qui ont des retombées négatives pour les femmes vivant avec le VIH.
- Il convient de donner aux femmes vivant avec le VIH les moyens d'agir et la possibilité de participer à l'élaboration de politiques et de programmes les concernant.
- Les procédures de suivi, d'évaluation et de responsabilisation doivent être renforcées afin de disposer de données de bonne qualité et de mécanismes de recours pour les violations des droits des femmes vivant avec le VIH.

Ces nouvelles lignes directrices unifiées ont été rédigées par le département Santé et recherche génésiques (RHR) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) suite à des requêtes émanant d'un large éventail d'organisations et de personnes pour une révision de la version de 2006 de l'orientation de l'OMS intitulée *Sexual and reproductive health of women living with HIV/AIDS : guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings* (6).

Les politiques, recherches et pratiques liées au VIH ont beaucoup évolué ces 10 dernières années depuis la publication des lignes directrices de 2006. Parmi les changements intervenus figurent l'extension rapide des traitements antirétroviraux (TAR) et les recommandations formulées par l'OMS en 2015 tendant à offrir un TAR immédiat à toute personne vivant avec le VIH et une prophylaxie préexposition (PrEP) aux sujets exposés à un risque sensible d'infection à titre de choix préventif supplémentaire (7). Ces changements ont à leur tour contribué à faire progresser la SDSR des femmes vivant avec le VIH (8). Par conséquent, ces recommandations ont été considérées comme de nouvelles lignes directrices par le Comité d'examen des directives de l'OMS (GRC).

Les lignes directrices visent à fournir :

- **des recommandations fondées sur des données factuelles** en faveur de la SDSR des femmes vivant avec le VIH dans toute leur diversité, mettant particulièrement l'accent sur les situations où le système de santé dispose de capacités et de ressources limitées ; et
- **des déclarations de bonnes pratiques** sur des aspects essentiels de fonctionnement et de prestation de services clés en vue i) d'améliorer l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive, leur utilisation et la qualité des résultats obtenus ; ii) d'améliorer les droits humains ; et iii) de promouvoir l'égalité entre les sexes dans le cas des femmes vivant avec le VIH.

Il existe des orientations de l'OMS portant sur plusieurs aspects de la SDSR et du VIH, mais toutes ne comportent pas de considérations prenant spécifiquement en compte la SDSR des femmes vivant avec le VIH de façon spécifique. Ces lignes directrices unifiées visent à regrouper en un seul document les recommandations nouvelles et existantes, ainsi que les déclarations de bonnes pratiques relatives à la SDSR des femmes vivant avec le VIH. Lorsque les orientations actuelles de l'OMS s'appliquent à toutes les femmes, y compris aux femmes vivant avec le VIH, le présent document renvoie les lecteurs qui souhaitent plus d'informations aux publications désignées et à d'autres outils et documents utiles de l'OMS se rapportant aux activités programmatiques.

Les recommandations et les déclarations de bonnes pratiques présentées dans le cadre de ces lignes directrices ont trait à la création ou au maintien d'un environnement propice à la SDR des femmes vivant avec le VIH (Chapitre 3), ou à des interventions sanitaires spécifiques pertinentes pour la SDR des femmes vivant avec le VIH (Chapitre 4). Toutes les recommandations nouvelles et existantes de l'OMS reprises dans ces lignes directrices (et énumérées dans le Tableau 1 du résumé d'orientation) ont été élaborées à l'aide de la méthode GRADE (grade donné aux recommandations, examen, élaboration et évaluation) (9).

Ces lignes directrices visent à aider les pays à planifier, élaborer et surveiller de façon plus efficace des programmes et des services propres à promouvoir l'égalité des sexes et les droits humains, et par conséquent plus acceptables et mieux adaptés aux femmes vivant avec le VIH. Ce document envisage les questions de mise en œuvre qu'il faut se poser concernant les interventions sanitaires et la prestation de services en vue de l'égalité entre les sexes et de la défense des droits humains.

Encadré 1.1 : Définitions telles qu'utilisées dans le cadre de ces lignes directrices

*Un adolescent** : une personne entre 10 et 19 ans inclus.

*Un adulte** : une personne âgée de plus de 19 ans.

*Populations clés*** : Les personnes appartenant aux groupes suivants : les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogues par injection, les personnes en prison et autres centres fermés, les travailleurs(se)s du sexe et les personnes transgenres, y compris les adolescents et les jeunes des populations clés et les personnes présentant des vulnérabilités et courant différents risques qui se chevauchent. Les populations clés peuvent également inclure d'autres groupes de femmes vivant avec le VIH dans des contextes marqués par la marginalisation ou la vulnérabilité, tel que définies par le contexte local.

* On reconnaît que les pays peuvent disposer d'autres définitions conformément à leur législation nationale respective.

** La définition des populations clés est issue des *Lignes directrices unifiées de l'OMS sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés – mise à jour de 2016* (10).

1.2 Public cible

Ces nouvelles lignes directrices visent à appuyer le personnel de santé en première ligne, les directeurs de programme et les décideurs en matière de politiques de santé publique du monde entier, afin de mieux répondre aux besoins relatifs à la SDR des femmes vivant avec le VIH. Le présent document cible avant tout les directeurs de programme, les décideurs politiques et d'autres décideurs au sein du Ministère de la Santé à l'échelon national. Reconnaisant que ce document adopte une approche axée sur les femmes (voir la section 1.4.1) et que cela peut exiger une participation multisectorielle, ces lignes directrices seront également utiles aux directeurs de programme à l'échelon national émanant d'autres ministères, tels que les ministères de l'Éducation, chargé des questions d'égalité des sexes, de la famille et de la protection sociale, qui peuvent être des partenaires dans le cadre d'interventions à l'appui d'une approche holistique de la SDR.

Les services et les programmes de santé dans les contextes à faibles ressources seront les principaux bénéficiaires des orientations présentées ici, étant donné que ce sont eux qui ont les défis les plus importants à relever pour fournir des services adaptés aux femmes vivant avec le VIH dans toute leur diversité. Toutefois, ces lignes directrices s'avèrent pertinentes pour toutes les structures, indépendamment de l'épidémie du VIH ou du contexte économique, et devraient donc être considérées comme des orientations mondiales. Les régions et les pays de l'OMS qui mettent ces recommandations mondiales en œuvre peuvent les adapter au contexte local, en tenant compte de l'épidémie du VIH, de la conjoncture économique et des établissements et services de santé existants.

Les utilisateurs de ces lignes directrices, notamment les prestataires de soins de santé, les directeurs de programme et les décideurs en politiques de santé publique, sont instamment appelés à : (i) utiliser une approche axée sur les femmes et tenant compte des questions de genre pour faire valoir les besoins en matière de SSR, les aspirations et les droits des femmes vivant avec le VIH et à (ii) répondre aux besoins sanitaires et appuyer les aspirations de toutes les femmes vivant avec le VIH à toutes les étapes de la vie, y compris au cours des années suivant l'apparition de la ménopause.

1.3 Champ d'application des directives

1.3.1 Population d'intérêt

En référence aux *Consolidated guidelines on HIV testing services* de l'OMS de 2015 (11), ces lignes directrices n'incluront pas le dépistage du VIH, mais sont pertinentes pour les femmes à partir du moment où elles savent qu'elles vivent avec le VIH. Les femmes vivant avec le VIH qui ne connaissent pas leur statut doivent au préalable avoir accès à un dépistage volontaire, sans danger et non coercitif du VIH et à un soutien psychosocial, ainsi qu'à des services de suivi, qui doivent être mis à l'échelle et renforcés. En outre, bien que ces lignes directrices mettent l'accent sur les femmes ayant effectué un dépistage et connaissant leur statut positif pour le VIH, il est admis que les enjeux relatifs à la SDR mis en lumière ici sont, bien souvent, similaires pour toutes les femmes.

Les présentes directives sont principalement axées sur la SDR des femmes vivant avec le VIH ; bien que la sexualité et les droits des hommes vivant avec le VIH en matière de sexualité et de reproduction doivent également être abordés, cela n'entre pas dans le champ d'application des présentes lignes directrices. Le VIH est non seulement un produit de l'inégalité entre les sexes, mais il a également pour conséquence d'ancrer ces inégalités de genre, rendant les femmes plus vulnérables face aux retombées de l'infection. L'accent mis sur les femmes vivant avec le VIH s'explique par le fait que bon nombre d'entre elles doivent affronter des difficultés uniques et bien particulières, ainsi que des violations de leurs droits en lien avec leur sexospécificité, leur sexualité et leur fonction reproductive au sein de leur famille et de leurs communautés, ainsi que de la part des établissements de soins de santé auxquels elles s'adressent pour accéder à des services.

1.3.2 Créer et préserver un environnement favorable

La santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction des femmes vivant avec le VIH sont largement influencés par divers facteurs sociaux, culturels, politiques et économiques. Les facteurs pouvant entraver la SDR sont notamment, mais non exclusivement : les normes appuyant l'inégalité entre les sexes ; la violence sexospécifique et exercée par le partenaire intime ; la stigmatisation et la discrimination ; l'absence d'autonomie parmi les femmes et les filles ; les violations des droits fondamentaux ; et les lois et politiques restrictives et souvent punitives accentuant la vulnérabilité des femmes vivant avec le VIH et entravant leur santé, leur bien-être et l'exercice de leurs droits. Ces facteurs constituent également des obstacles de taille dans l'accès et l'utilisation de services de SSR et du VIH de haute qualité. Les politiques, programmes et interventions visant à améliorer la SDR des femmes vivant avec le VIH existent dans certains contextes, mais il ne pourront à eux seuls améliorer les résultats escomptés en matière de santé en l'absence d'un environnement sûr et favorable. C'est la raison pour laquelle le champ d'application de ces nouvelles lignes directrices unifiées s'étend aux problématiques liées à la création et à la préservation d'un environnement propice, ainsi qu'à des recommandations et à des déclarations de bonnes pratiques spécifiques et pertinentes, notamment cinq nouvelles déclarations de bonnes pratiques (GPS A.1 à A.5). Ces éléments sont regroupés au Chapitre 3 et répartis en huit domaines thématiques : appui psychosocial ; sexualité saine à toutes les étapes de la vie ; affranchissement économique et accès aux ressources ; intégration des services liés à la SDR dans les services de prise en charge du VIH ; protection contre la violence et sécurité ; inclusion sociale et acceptation ; autonomisation de la communauté ; et lois et politiques favorables et accès à la justice (voir également la section A des Tableaux 1 et 2 du Résumé d'orientation, et la Figure 2.1 à la fin du Chapitre 2).

1.3.3 Questions et résultats prioritaires escomptés pour les interventions sanitaires

Quatre questions prioritaires au format PICO (population, intervention, comparaison, résultat) ont été rédigées dans le cadre de l'élaboration de ces lignes directrices, expliquant notamment les résultats prioritaires escomptés pour chacune et qui permettraient d'améliorer la SDR des femmes vivant avec le VIH (voir Chapitre 2, section 2.5.1). Six nouvelles recommandations fondées sur des données factuelles sont ressorties du processus d'élaboration de ces lignes directrices (REC B.1, B.4, B.5, B.22, B.30, B.31), et toutes les recommandations et déclarations de bonnes pratiques existantes en lien avec les interventions de soins de santé ont été unifiées. L'ensemble de ces outils est présenté au Chapitre 4 de ces directives, regroupé selon les six types de services suivants : services de conseil et de soutien en matière de santé sexuelle ; services destinés aux femmes victimes de violence ; services de planification familiale et de lutte contre la stérilité ; services de soins prénatals et de santé maternelle ; services d'avortement sécurisé ; et services de prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST) et du cancer

du col de l'utérus (voir également la section B des Tableaux 1 et 2 du Résumé d'orientation et la Figure 2.1 à la fin du Chapitre 2).

1.4 Approche et principes directeurs

Ces lignes directrices se trouvent ancrées dans une approche qu'elles défendent : une approche renforcée, intégrale et axée sur les femmes de la SDRS, en partant de l'hypothèse voulant que si l'accès aux services de qualité est amélioré pour toutes les femmes, cela aura également des répercussions positives sur les femmes vivant avec le VIH et inversément. Les droits de l'homme et l'égalité entre les sexes sont les principes fondamentaux sur lesquels s'appuie cette approche.

1.4.1 Une approche centrée sur la femme

Des services de santé centrés sur la femme supposent une approche des soins adoptant volontairement les perspectives des femmes, de leur famille et de leur communauté (12).

Une approche centrée sur la femme :

- perçoit les femmes comme étant à la fois des participantes actives à des systèmes de santé leur inspirant confiance et des bénéficiaires de ces mêmes systèmes, qui tiennent compte de leurs besoins, de leurs droits et de leurs préférences de façon humaine et holistique.
- met l'accent sur la promotion de l'égalité entre les sexes comme étant un axe central pour garantir la SDRS de toutes les femmes, y compris les femmes vivant avec le VIH, et encourage les services de santé vecteurs de changement qui se penchent sur les normes sexospécifiques importantes et appuient l'équité hommes-femmes ;
- prévoit que les femmes soient armées – à travers une éducation et un appui – pour prendre et appliquer des décisions dans tous les aspects de leur vie, y compris en matière de sexualité et de procréation ;
- appelle des stratégies encourageant la participation des femmes à leurs propres soins de santé ;
- valorise les points forts des femmes vivant avec le VIH en tant que participantes actives à leur SDRS et non uniquement en tant que bénéficiaires passives de services de soins de santé ; et
- s'articule autour des besoins et des priorités en matière de santé des femmes elles-mêmes plutôt que par rapport à la prise en charge de la maladie et à la lutte contre cette dernière.

Ces lignes directrices cherchent à s'adresser aux femmes vivant avec le VIH dans toute leur diversité, notamment, sans s'y limiter : les femmes hétérosexuelles, lesbiennes, bisexuelles, transgenres ou intersexuées ; les femmes qui consomment ou ont consommé des drogues ; les travailleuses ou anciennes travailleuses du sexe ; les femmes célibataires, mariées ou dans des relations stables, séparées, divorcées ou veuves ; les femmes sexuellement actives ou non ; les femmes et les filles victimes de mutilation sexuelle féminine (FGM) ; les femmes souffrant de tuberculose (TB), du paludisme, de l'hépatite B ou C et/ ou d'autres comorbidités ; les femmes incarcérées, en détention ou sans domicile fixe ou qui l'ont été dans le passé ; les migrantes économiques ou politiques ; les femmes autochtones ; les femmes handicapées ; ainsi que les adolescentes ayant acquis le VIH pendant la période périnatale, dans l'enfance ou au cours de leur adolescence. Ces lignes directrices reconnaissent que dans tous les pays mais en particulier dans les zones à forte prévalence de VIH, les femmes vivant avec le VIH comptent parmi les agents de santé et qu'elles ont leurs propres priorités, besoins et aspirations, auxquels une attention particulière doit être accordée. Ces directives reflètent la diversité entre les différents groupes d'âge et soulignent le fait que les services de santé qui encouragent la SDRS sont essentiels pour les femmes à chaque étape de leur vie, y compris au cours des années suivant l'apparition de la ménopause.

Bon nombre de femmes vivant avec le VIH sont en butte à des inégalités et des formes de discrimination multiples et croisées qui dépendent du contexte local. Chaque pays devrait donc comprendre et identifier les populations spécifiques de femmes vivant avec le VIH particulièrement vulnérables, ainsi que les groupes les plus pertinents pour l'épidémie locale, et devrait définir leurs moyens d'action en fonction du contexte épidémiologique et social prévalant à l'échelon local.

Ces lignes directrices s'efforcent d'employer une terminologie respectueuse des femmes vivant avec le VIH. Elles favorisent également les messages positifs en lien avec la santé, au lieu de se concentrer uniquement sur les problèmes de santé. En orientant le discours sur les femmes plutôt que sur la maladie, on peut réduire la stigmatisation et promouvoir une approche positive à la SDRS pour une meilleure qualité de vie (13).

1.4.2 Principes directeurs : droits humains et égalité entre les sexes

Une approche intégrée de la santé et des droits de l'homme est indispensable afin d'assurer la dignité et le bien-être des femmes vivant avec le VIH. La protection des droits fondamentaux pour toutes les femmes vivant avec le VIH occupe donc une place de premier plan dans les présentes lignes directrices. Cela englobe de nombreux droits humains, à savoir : le droit au meilleur état de santé physique et mental susceptible d'être atteint (14) ; le droit à la vie et à la sûreté de sa personne, y compris le droit à une vie sans violence (15) ; le droit à l'égalité et à l'absence de discrimination fondée sur le sexe (15) ; et le droit de ne pas être soumis à la torture ni à d'autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (16). En outre, l'article 27 de la Déclaration universelle des Droits de l'Homme stipule que toute personne a le droit de participer au progrès scientifique et aux bienfaits qui en résultent (16). Récemment, dans son *Observation générale N° 22 (2016) sur le droit à la santé sexuelle et procréative*, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies (CESCR) a reconnu le droit à la SSR comme « faisant partie intégrante du droit à la santé au titre de l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels » (4).

Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) de 1994 a mis en lumière les questions liées à la santé sexuelle et reproductive dans le cadre des droits humains (17). Depuis lors, les normes internationales et régionales en matière de droits fondamentaux et la jurisprudence relative à la SSR ont considérablement évolué. Plus récemment, le programme de développement durable à l'horizon 2030 comprend des objectifs de développement durable (ODD) et des cibles devant être atteints dans le domaine de la SSR (18), tout comme la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016–2030 (19).

Le programme d'action de la CIPD définit la santé reproductive comme étant : « le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités » (17, para 7.2). Le programme d'action fait également référence à la santé sexuelle, « qui vise à améliorer la qualité de la vie et des relations interpersonnelles, et non à se borner à dispenser conseils et soins relatifs à la procréation et aux maladies sexuellement transmissibles ». Le programme donne la définition suivante des droits en matière de procréation :

les droits en matière de procréation correspondent à certains droits de l'homme déjà reconnus dans des législations nationales, des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme et d'autres documents pertinents des Nations Unies qui sont le fruit d'un consensus. Ces droits reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et des individus de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances et de disposer des informations nécessaires pour ce faire, et du droit de tous d'accéder à la meilleure santé en matière de sexualité et de reproduction. Ce droit repose aussi sur le droit de tous de prendre des décisions en matière de procréation sans être en butte à la discrimination, à la coercition ou à la violence, tel qu'exprimé dans des documents relatifs aux droits de l'homme (17, para 7.3)).

Plus important, la récente *Observation Générale N°22* du CESCR reconnaît que « les personnes séropositives ou atteintes du sida sont exposées à un plus grand risque de discrimination multiple » et que « Les États doivent réformer les lois qui entravent l'exercice du droit à la santé sexuelle et procréative. (...) On mentionnera à cet égard les lois criminalisant (...) la non-déclaration d'une situation de séropositivité (...) ou de transmission du VIH », et recommande l'adoption de « mesures législatives, administratives, budgétaires et judiciaires, et les mesures d'information et autres qui s'imposent pour garantir la pleine réalisation du droit à la santé sexuelle et procréative » (4, para 45).

Au cours de l'élaboration de ces lignes directrices, deux revues de la littérature ont été menées afin de justifier une approche axée sur les droits pour renforcer les services en vue de répondre aux besoins et aux aspirations des femmes vivant avec le VIH. Ces revues se sont concentrées sur : (i) le défi consistant à s'assurer que les considérations relatives aux droits fondamentaux sont mises en lumière par des organismes normatifs (20) et (ii) l'analyse des droits humains dans le cadre des politiques et des programmes ayant une incidence sur les femmes vivant avec le VIH (21). Ces revues ont permis de mettre en exergue d'importantes lacunes dans la jurisprudence des organismes internationaux, régionaux et nationaux. Les directives émanant de ces organismes ne reflètent qu'une poignée de considérations sur les droits en matière de santé et les droits fondamentaux en lien avec les femmes vivant avec le VIH et la SSR. Ces organismes ont en grande partie adopté une approche du « à la demande » et l'on observe des lacunes au niveau de l'intégration systématique de la problématique des droits humains des femmes vivant avec le VIH pour ce qui est de leur SSR. Parmi les articles et les documents examinés, aucun article avalisé par des spécialistes ne décrivait de façon explicite la mise en œuvre des droits fondamentaux dans les programmes SSR, contre deux documents de la littérature grise uniquement. À une exception près, nous n'avons trouvé aucun article ou document traitant de la question des droits fondamentaux de façon exhaustive ou abordant la majorité des

droits pertinents. Compte tenu du fait que les revues de littérature portaient clairement sur la SDR des femmes vivant avec le VIH et qu'elles portaient sur des articles traitant ces questions de façon implicite et en se fondant sur les neuf dimensions convenues des droits de l'homme qui forment la pierre angulaire de paramètres satisfaisant en matière de SDR (voir Tableau 1.1), des lacunes significatives ont pu être mises en évidence dans ce domaine.

Tableau 1.1 : Dimensions fondamentales relatives aux droits de l'homme pour une santé et des droits satisfaisants en matière de sexualité et de reproduction

Terminologie standard	terminologie alternative
Égalité et non-discrimination	réduction de la discrimination, réduction de la pénalisation, lutte contre les comportements sociaux et culturels négatifs, contre la stigmatisation, les préjugés, la violence (domestique), l'inégalité entre les hommes et les femmes
Participation	implication, mobilisation, sensibilisation, influence
Vie privée et confidentialité	
Prise de décision éclairée	consentement (direct), choix, éclairé, compréhension
Disponibilité	rendre disponible, proposer, faire exister
Accessibilité	accès, recevoir, abordable, admissible
Acceptabilité	objection de conscience, déontologie médicale, prise en compte des droits de l'homme
Qualité des services	soins médicaux adaptés, pertinence
Responsabilisation	responsabilité, appel aux États parties, application de la loi, mesures juridiques

Source : OMS, 2014 (22).

En outre, les articles examinés dans le cadre des revues faisaient le plus souvent référence aux droits pour décrire l'apparente violation ou absence de prise en compte des droits fondamentaux, plutôt que pour décrire les efforts consentis pour défendre, promouvoir ou respecter les droits. Lorsque la terminologie relative aux droits était utilisée, elle ne ciblait qu'une poignée de droits se référant à quelques domaines relevant de la SSR (le plus souvent les droits à l'accès et à la non-discrimination), tandis que les problématiques liées au IST, à la violence et au vieillissement, par exemple, étaient largement négligées.

Les deux revues ont également permis de mettre en lumière la nécessité pour les États Membres d'adopter et d'appliquer des lois protectrices et contre la discrimination s'appuyant sur les normes internationales en matière de droits de l'homme, afin de mettre un terme à la stigmatisation, la discrimination et la violence endurées par les femmes vivant avec le VIH (20, 21).

De telles lois et politiques devraient également s'attaquer à l'inégalité entre les hommes et les femmes, y compris les normes sexospécifiques et les stéréotypes préjudiciables, les rapports de force inégaux dans les relations intimes et le manque d'accès et de contrôle relatif des femmes par rapport aux ressources. Toutes les inégalités précitées ne font qu'accentuer la vulnérabilité des femmes vivant avec le VIH, entraver leur accès aux services de soins de santé et l'utilisation qu'elles peuvent en faire et créer des obstacles les empêchant d'exercer pleinement leurs droits à la santé, y compris la SSR. La promotion de l'égalité entre les sexes est essentielle pour la SDR de toutes les femmes, y compris pour les femmes vivant avec le VIH dans toute leur diversité.

1.4.3 Application de l'approche centrée sur la femme et principes directeurs

Reconnaissant tous les enjeux et les lacunes identifiés et mentionnés ci-avant, ces lignes directrices visent à proposer un ensemble complet de services SSR pour les femmes vivant avec le VIH, en mettant l'accent sur le fait qu'une approche centrée sur la femme et appliquant les principes relatifs aux droits humains et à l'égalité entre les sexes devrait être privilégiée, en référence aux orientations présentées dans l'Encadré 1.2. L'Encadré 1.3 fournit la liste des ressources clés de l'OMS relatives aux droits de l'homme et à la SSR de façon générale et en lien avec des interventions sanitaires et des parties prenantes spécifiques. Bien que les droits fondamentaux en lien avec la SSR soient le principal objet de ces lignes directrices, on reconnaît que toutes les dimensions des droits de l'homme sont importantes.

Encadré 1.2 : Orientations relatives à l'utilisation d'une approche centrée sur la femme et ancrée dans les principes de droits humains et d'égalité entre les sexes pour la SDR des femmes vivant avec le VIH

1. Préserver et promouvoir les droits fondamentaux et l'égalité entre les sexes afin de remédier aux rapports de force inégaux, à la violence sexospécifique, à la stigmatisation, à la discrimination et aux obstacles en matière de droits de SSR à tous les niveaux.
2. Renforcer les systèmes de santé afin d'augmenter l'efficacité et l'efficience des programmes dans le but d'améliorer la prestation d'un ensemble holistique de services de soins de santé d'excellente qualité et axés sur les femmes.
3. Habilitier les femmes vivant avec le VIH et les faire participer à l'élaboration des politiques et des programmes les concernant, afin de veiller à ce qu'ils soient ancrés dans leur réalité telle qu'elles la vivent.
4. Encourager ou plaider en faveur d'un environnement propice à un cadre législatif et à des politiques permettant de défendre et de promouvoir la SDR des femmes vivant avec le VIH.
5. Appuyer l'accès à des services de soins de santé de qualité, abordables et leur utilisation dans la prévention et la prise en charge des préoccupations en matière de SSR.
6. Veiller à l'acceptabilité des services vis à vis des femmes vivant avec le VIH dans toute leur diversité afin de surmonter les obstacles découlant de l'exclusion, de l'isolement, de la pénalisation et de l'ignorance des points forts et des besoins des femmes.
7. Favoriser l'habilitation et l'autonomisation des femmes, notamment au travers des connaissances et de l'éducation en santé, et les accompagner pour qu'elles puissent faire des choix éclairés et prendre des décisions au bénéfice de leur santé, de celle de leur famille et de celle de leurs communautés.
8. Renforcer les liens et/ou l'intégration au niveau de la prestation de services là où cela est nécessaire, afin de garantir des soins de santé holistiques et centrés sur les femmes.
9. Promouvoir l'obligation redditionnelle des systèmes de santé afin de garantir des voies de recours en cas de violations des droits de l'homme et de dysfonctionnements.

Encadré 1.3 : Ressources clés de l'OMS relatives aux droits fondamentaux et à la santé sexuelle et reproductive

- *Sexual health, human rights and the law*, 2015 (23)
- *Sexual and reproductive health and rights : a global development, health, and human rights priority*, 2014 (24)
- *Communication brève relative à la sexualité (CBS). Recommandations pour une approche de santé publique*, 2015 (25)
- *La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins : Déclaration de l'OMS*, 2015 (26)
- *Reproductive, maternal, newborn and child health and human rights : toolbox for examining laws, regulations and policies*, 2014 (27)
- *Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization : an interagency statement*, 2014 (28)
- *Framework for ensuring human rights in the provision of contraceptive information*, 2014 (22)
- *Garantir les droits de l'homme lors de la fourniture d'informations et de services en matière de contraception. Orientations et recommandations*, 2014 (29)
- *Ensuring human rights within contraceptive service delivery : implementation guide*, 2015 (30)
- *Ensuring human rights within contraceptive programmes : a human rights analysis of quantitative indicators*, 2014 (31)
- *Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*, 2012 (32)
- *Safe abortion : technical & policy guidance for health systems, legal and policy considerations – key messages*, 2015 (33)

Summary reflection guides on a human rights-based approach to health application to sexual and reproductive health, maternal health and under-5 child health – publiés par le Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH), Harvard FXB Center for Health and Human Rights, le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (PMNCH), le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) et l'OMS, pour les groupes de parties prenantes suivants :

- *Agents de santé (Health workers)*, 2016 (34)
- *Décideurs en politiques de santé (Health policy makers)*, 2015 (35)
- *Institutions nationales en matière de Droits de l'Homme (National human rights institutions)*, 2015 (36)

1.5 Valeurs et préférences des femmes vivant avec le VIH

Une enquête mondiale, conçue spécialement pour les besoins de ces lignes directrices de l’OMS, a été menée afin d’évaluer les priorités des femmes vivant avec le VIH en matière de SDR, afin que leurs valeurs et leurs préférences soient placées au cœur des présentes directives. Cette enquête mondiale, ci-après la Global Valeurs et préférences Survey (GVPS), est l’enquête la plus importante réalisée à ce jour sur la SDR des femmes vivant avec le VIH. Elle a été réalisée par et pour les femmes vivant avec le VIH en 2014 dans le but de recueillir leur point de vue en faisant entendre leur voix. Le rapport sur les conclusions, intitulé *Building a safe house on firm ground : key findings from a global Valeurs et préférences survey regarding the sexual and reproductive health and human rights of women living with HIV* (37), ainsi qu’un article connexe publié dans le *Bulletin de l’Organisation mondiale de la Santé*, contiennent des descriptions détaillées des méthodes et des limitations de cette enquête (37, 38). Parmi les limitations, notons le fait que l’enquête avait plus de chances d’atteindre les femmes vivant avec le VIH dans le monde qui (i) participaient activement aux réseaux de personnes vivant avec le VIH, (ii) avaient connaissance de leur statut VIH et étaient potentiellement plus ouvertes à ce sujet, et (iii) étaient en mesure d’accéder à une enquête en ligne en utilisant internet ou de participer aux forums de discussion.

Au total, 945 femmes vivant avec le VIH ont participé à cette enquête, 832 (provenant de 94 pays) ayant participé à l’enquête quantitative et 113 (provenant de 7 pays) ayant participé aux forums de discussion. Les femmes interrogées, âgées de 15 à 72 ans, venaient d’horizons divers et avaient des expériences variées. Il s’agissait notamment : des femmes s’identifiant comme hétérosexuelles, lesbiennes, bisexuelles, transgenres ou intersexuées ; des femmes déclarant consommer ou avoir consommé des drogues ; des femmes actives dans le commerce du sexe ; des femmes se déclarant célibataires, mariées ou dans des relations stables ; des femmes victimes de mutilation sexuelle féminine ; des femmes ayant souffert de TB, de paludisme, de l’hépatite B ou C et/ou d’autres comorbidités ; des femmes ayant été incarcérées, en détention ou sans domicile fixe ; des migrantes économiques ou politiques ; des femmes autochtones ; des femmes handicapées ; ainsi que des femmes travaillant comme agents de santé.

Les résultats de l’enquête GVPS ont été présentés lors d’une consultation des parties prenantes sur la SDR des femmes vivant avec le VIH au Siège de l’OMS à Genève en janvier 2015. Le département RHR de l’OMS poursuit ses travaux avec la communauté des femmes vivant avec le VIH, y compris des représentantes des groupes constitutifs clés et des différentes régions du monde. Un supplément spécial du *Journal of the International AIDS Society (JIAS)*, publié en décembre 2015, soulignait quelques unes des principales problématiques s’étant dégagées des débats et de cette collaboration. Des éléments ayant trait à la violence à l’encontre des femmes vivant avec le VIH et à des problèmes de santé mentale étaient en particulier évoqués (8). En outre, plusieurs activités ont été menées sous la houlette de la communauté des femmes vivant avec le VIH suite à cette enquête, notamment l’élaboration d’autres publications avalisées par des spécialistes, ainsi que des webinaires.

Les conclusions de l’enquête GVPS (résumées dans l’Encadré 1.4) ont étayé ces lignes directrices dans leur ensemble. Le groupe chargé de l’élaboration des lignes directrices (GDG) a pris en compte les conclusions de l’enquête GVPS au moment de rédiger les questions PICO (population, intervention, comparaison, résultat) pour élaborer de nouvelles recommandations (voir le Chapitre 2, section 2.5 et Tableau 2.2) et lors de la rédaction des questions ayant constitué le point de départ pour les nouvelles déclarations de bonnes pratiques. L’enquête GVPS a également servi de référence au GDG lors de la rédaction et de la finalisation des recommandations, des déclarations de bonnes pratiques et du présent document dans son ensemble. Les conclusions pertinentes de l’enquête ont notamment été intégrées à chaque domaine thématique traité dans le cadre des Chapitres 3 et 4.



Ce symbole, qui représente les valeurs et les préférences des femmes vivant avec le VIH, est utilisé pour alerter le lecteur là où les résultats de l'enquête GVPS sont cités.

Encadré 1.4 : Principales conclusions de l'Enquête mondiale relative aux valeurs et aux préférences (GVPS)

- Pour les femmes vivant avec le VIH, la sécurité était considérée comme étant primordiale. La plupart des femmes interrogées avaient fait l'objet de violences ou avaient craint la violence, avant, depuis ou en raison de leur diagnostic VIH, et elles ont réclamé des mesures pour garantir la sécurité des femmes vivant avec le VIH au sein des services de soins de santé, à domicile et au sein de la communauté.
- Les répondantes ont souligné qu'il convenait de remédier aux violations des droits de l'homme, notamment le dépistage obligatoire, la divulgation non consentie, ainsi que la stérilisation et l'avortement forcés ou contraints.
- Les femmes vivant avec le VIH ont signalé des lacunes dans les soins cliniques, la pratique, les politiques et la recherche pour les filles et les femmes n'étant pas en âge de procréer et pour les nullipares. Une approche holistique, axée sur les femmes et couvrant une période allant de la con(tra)ception à la vieillesse en matière de soins de SSR, assortie d'une trousse complète de services adaptés à l'âge et à l'étape de la vie, s'est donc rapidement imposée comme étant indispensable.
- Le respect pour les femmes vivant avec le VIH dans toute leur diversité, y compris la prestation de services de soins de santé respectueux et du respect pour la capacité des femmes à prendre des décisions éclairées au sujet de leurs propres soins de SSR, a été considéré comme indispensable, en particulier étant donné les difficultés signalées et le manque considérable d'autonomie dans le processus de décision portant sur le « quand, comment et avec qui » avoir une relation sexuelle et sur le « si et quand » avoir des enfants.
- Les femmes vivant avec le VIH ont demandé une meilleure reconnaissance de l'importance d'un soutien par les pairs et d'une participation constructive aux décisions ayant des conséquences sur leur propre vie.
- Les lois punitives et répressives sont un sujet de préoccupation généralisée, ces dernières étant perçues comme des obstacles à la réalisation de leurs droits en matière de santé et de leurs droits fondamentaux.
- De nombreuses répondantes ont fait état de difficultés pour accéder à une vie sexuelle satisfaisante et qui soit source de plaisir, citant notamment l'absence/la perte de désir sexuel et la peur de la propagation du VIH, la grossesse et les IST, en lien avec les difficultés tournant autour de la disponibilité des préservatifs, des négociations nécessaires et de leur usage, ainsi que la peur de l'impact et des conséquences d'une divulgation du VIH (y compris la violence).
- La peur d'une transmission ultérieure du VIH à un enfant ou à un partenaire était souvent aggravée par des comportements stigmatisants de la part des professionnels de la santé.
- De nombreuses répondantes ont indiqué être sous traitement pour le VIH et souffrir d'effets secondaires ayant selon elles un impact sur leur santé sexuelle et leur qualité de vie en général.
- Les répondantes ont également mis en exergue les difficultés liées à la pauvreté et à l'insécurité financière, qui peuvent constituer une barrière dans l'accès aux services et dans la réalisation des droits humains, tout en engendrant un stress ayant des répercussions sur la santé mentale, physique et sexuelle. Le large éventail et la forte prévalence de problèmes de santé mentale évoqués par les femmes vivant avec le VIH ont mis en lumière les incidences complexes d'un diagnostic positif pour le VIH.
- Enfin, les femmes demandent un soutien lors de leurs interactions avec leurs enfants, leurs partenaires et leurs communautés.

Source : The Salamander Trust, 2016 (37).

Chapitre 2. Méthodologie et processus relatifs à l'élaboration des lignes directrices

Le département Santé et recherche génésiques (RHR) de l'OMS a chapeauté l'élaboration de ces lignes directrices unifiées en s'appuyant sur les procédures de l'OMS et les normes en matière de notification présentées dans le document *WHO handbook for guideline development* (39). Étant donné l'importante différence dans le champ d'application des lignes directrices de 2006 (6), un nouveau titre a été soumis par le Groupe d'orientation de l'OMS chargé des lignes directrices : *Lignes directrices unifiées relatives à la santé et aux droits en matière de sexualité et de reproduction des femmes vivant avec le VIH*. Par conséquent, ces lignes directrices ont été présentées et revues en tant que nouvelle soumission par le Comité d'examen des directives de l'OMS (GRC) et ne constituent pas une mise à jour du document de 2006.

2.1 Groupes de travail chargés de l'élaboration des lignes directrices

Le département RHR a mis sur pied trois groupes de travail chargés de fonctions bien spécifiques dans le cadre de l'élaboration des lignes directrices : le Groupe d'orientation de l'OMS chargé des lignes directrices (SG), le Groupe chargé de l'élaboration des lignes directrices (GDG) et le Groupe d'examen externe (ERG). Les membres des groupes ont été sélectionnés dans le but d'assurer un réservoir de connaissances et d'expériences, y compris une répartition satisfaisante au niveau de la géographie, de la parité hommes/femmes et de la communauté des personnes vivant avec le VIH. Les trois groupes de travail sont décrits dans les sous-sections suivantes et les noms et affiliations institutionnelles des participants de chaque groupe sont fournis à l'Annexe 1.

2.1.1 Le Groupe d'orientation de l'OMS chargé des lignes directrices (SG)

Le SG, présidé par le Département RHR, a dirigé le processus d'élaboration des lignes directrices. Le SG se composait de participants émanant des trois Départements au sein du groupe sectoriel OMS chargé de la Santé de la famille, de la femme et de l'enfant (FWC) – le département RHR, le Département de la Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (MCA) et le Département Vieillesse et qualité de vie (ALC) –, ainsi que de participants de l'équipe Genre, équité et droits de l'homme (GER) et d'autres Départements de l'OMS, y compris le Département du VIH/SIDA et le département Santé mentale et abus de substances psychoactives (MSD), avec les représentants des bureaux régionaux de l'OMS pour l'Afrique, les Amériques, l'Europe, la méditerranée orientale et l'Asie du Sud-Est. Le SG a défini le champ d'application initial des lignes directrices et a rédigé les questions prioritaires au format PICO (population, intervention, comparaison, résultat), identifié les personnes chargées de la méthodologie, ainsi que les membres des équipes de revue systématique, du groupe chargé de l'élaboration des lignes directrices (GDG) et du Groupe d'examen externe (ERG). Le SG a également finalisé et publié le document d'orientation et supervisera la diffusion des lignes directrices. Il participera également à l'élaboration des outils de mise en œuvre.

2.1.2 Le Groupe chargé de l'élaboration des lignes directrices (GDG)

Le SG a identifié et invité des experts et des parties prenantes externes issus des six régions de l'OMS à constituer le GDG, en veillant à une bonne répartition géographique et hommes-femmes. Les membres du GDG avaient de l'expérience dans bon nombre des domaines liés à la SDSR et au VIH et abordés dans ces lignes directrices ; parmi eux, on compte des cliniciens, des chercheurs, des décideurs politiques, des directeurs de programme et des représentants des communautés de personnes vivant avec le VIH. Les membres du GDG ont participé à la révision et à la finalisation des principales questions PICO et ont examiné des résumés de données pour les revues systématiques demandées. Ils ont également été chargés de formuler de nouvelles recommandations et déclarations de bonnes pratiques OMS, et de parvenir à un consensus sur la version finale du contenu.

2.1.3 Le Groupe d'examen externe (ERG)

L'ERG regroupait des spécialistes jouissant d'une large expérience dans des domaines liés à la SDSR et au VIH, et émanant des communautés des personnes vivant avec le VIH, des cliniciens, des chercheurs, des décideurs politiques et des directeurs de programme. Le groupe a assuré que les processus décisionnels relatifs aux lignes directrices avaient pris en compte et intégré les valeurs et préférences contextuelles des personnes à qui ces recommandations s'adressent. Les membres de l'ERG ont fait part de leurs observations et commentaires relatifs à une première version des lignes directrices, après lecture et révision par le SG et le GDG. Il ne relevait pas des compétences de l'ERG de modifier les recommandations ayant été formulées par le GDG.

2.2 Autres collaborateurs importants

2.2.1 Partenaires externes

Conformément aux orientations du *WHO handbook for guideline development* (39), les bailleurs de fonds, les donateurs et les représentants des organismes de l'ONU ont été invités à participer à la réunion du GDG en qualité d'observateurs. Ces partenaires externes représentaient les entités suivantes :

- Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
- Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA)
- Le Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'Homme (HCDH)
- Le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA)
- L'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID).

2.2.2 Femmes vivant avec le VIH

Le partenariat et la collaboration avec les femmes vivant avec le VIH - ainsi que leur participation significative - ont été essentiels à l'élaboration de ces lignes directrices à toutes les étapes du processus, tant en qualité de membres du GDG et de l'ERG qu'en qualité de partenaires ayant mené et développé l'Enquête mondiale sur les valeurs et les préférences (GVPS), y compris la méthodologie, l'analyse et les conclusions de l'enquête (voir Chapitre 1, section 1.5) (40).

La collaboration avec la communauté dans le cadre du processus d'élaboration des lignes directrices a été assurée au travers de leur participation :

- à l'enquête GVPS, menée en 2014, et à la diffusion du rapport contenant les résultats de l'enquête en 2014–2015 (37) ;
- à la réunion avec les parties prenantes en janvier 2015, visant à présenter les résultats et les produits principaux de l'enquête GVPS ; et
- au GDG et à l'ERG, qui comptaient tous deux des femmes vivant avec le VIH parmi leurs membres.

2.3 Déclaration relative aux intérêts des contributeurs externes

Conformément aux règles de transparence de l'OMS, de courtes biographies (350 mots environ) des personnes sélectionnées ont été mises à la disposition du public sur le site web du département durant trois semaines avant l'envoi d'invitations formelles à rejoindre le GDG et l'ERG (février 2016). Conformément au *WHO handbook for guideline development* (39), tous les membres potentiels du GDG et de l'ERG, ainsi que d'autres collaborateurs externes retenus ont été priés de fournir une déclaration par écrit de tout intérêt académique, financier ou concurrent existant au moment de l'invitation à participer à l'élaboration des présentes lignes directrices. Le formulaire standard de l'OMS pour la déclaration relative aux intérêts a été rempli et signé de la main de chaque expert et envoyé sous forme électronique à l'administrateur technique responsable accompagné de leur curriculum vitae. Cet administrateur a collationné les formulaires signés et les curriculums vitae et, avec le concours des membres du SG, a examiné les informations et cherché à savoir s'il y avait un conflit d'intérêt avant de donner son approbation finale aux invitations sollicitant la participation des experts. Là où un conflit d'intérêt était déclaré, le SG a évalué si ce dernier était suffisamment grave pour avoir une incidence sur la capacité de ces personnes à juger les données probantes ou les recommandations de façon objective. En vue de garantir la cohérence, le SG a utilisé les critères permettant d'évaluer la gravité d'un conflit d'intérêt se trouvant dans le document *WHO handbook for guideline development* (39).

Toutes les conclusions découlant des déclarations relatives aux intérêts reçues ont été traitées au cas par cas conformément aux lignes directrices de l'OMS en la matière. Dans les cas où un conflit d'intérêt n'était pas considéré

comme suffisamment important pour représenter un risque pour le processus d'élaboration des lignes directrices ou compromettre sa crédibilité, l'expert a uniquement été prié de déclarer un tel conflit lors de la réunion du GDG (que l'on appelle également la consultation technique) et aucune autre mesure n'a été prise. Il n'y a eu aucun cas de conflit d'intérêt exigeant la gestion de la déclaration relative aux intérêts et l'évaluation de conflits d'intérêts potentiels de la part du bureau OMS chargé de la Conformité, de la gestion des risques et de l'éthique (CRE). Les invitations à participer ayant été confirmées, il a été demandé à tous les experts d'avertir l'administrateur technique responsable de tout changement relatif aux intérêts pertinents au cours du processus d'élaboration des lignes directrices, afin d'actualiser et d'examiner tout conflit d'intérêt en conséquence. Lors de la réunion de cadrage en janvier 2015, ainsi que lors de la réunion du GDG en avril 2016 (toutes deux ont eu lieu à Genève, en Suisse), les membres ont été priés de déclarer tout conflit d'intérêt à l'ensemble du groupe en toute transparence et de remettre un formulaire signé et à jour. L'annexe 2 contient un aperçu des déclarations relatives aux intérêts, ainsi que des informations relatives à la gestion des conflits d'intérêts.

2.4 Définition du champ d'application et des domaines thématiques pour de nouvelles recommandations et déclarations de bonnes pratiques

En travaillant dans le cadre du champ d'application général de ces lignes directrices tel que présenté dans le Chapitre 1, section 1.3 – la population d'intérêt et l'objectif consistant à aborder tant l'environnement favorable que des interventions sanitaires spécifiques pertinentes –, le SG a commencé par recenser toutes les orientations existantes de l'OMS relatives à la SDRS et aux femmes vivant avec le VIH. Le SG a ensuite procédé à la révision de ces ressources et d'autres documents dans le but d'identifier les lacunes, les chevauchements et les incohérences et afin de déterminer la pertinence des recommandations existantes en vue de leur inclusion dans ces lignes directrices unifiées. Le SG a identifié les huit domaines thématiques suivants pour lesquels de nouvelles recommandations ou déclarations de bonnes pratiques devaient être formulées aux fins des présentes lignes directrices : appui psychosocial ; sexualité saine et vieillissement ; autonomisation économique et accès aux ressources (sécurité alimentaire comprise) ; intégration des services SDRS dans les services de prise en charge du VIH ; autonomisation et auto-efficacité en matière de rapports sexuels protégés et de prise de décisions relatives à la procréation ; mesures propres à faciliter la divulgation sans risque par les femmes vivant avec le VIH victimes ou craignant d'être victimes d'actes de violence ; types d'accouchement donnant les meilleurs résultats pour la mère et le nouveau-né (césarienne en particulier) ; et avortement médicamenteux et chirurgical. Le résultat de l'exercice de recensement a été présenté lors de la réunion de cadrage en janvier 2015.

2.5 Examen des données factuelles et élaboration de recommandations

2.5.1 Définition et examen des questions prioritaires

L'élaboration de nouvelles recommandations relatives aux interventions sanitaires (REC B.1, B.4, B.5, B.22, B.30, B.31 ; voir le Tableau 1 du Résumé d'orientation et le Chapitre 4) a débuté avec la formulation des questions PICO et la réalisation des revues systématiques pertinentes des données à disposition. Les quatre questions PICO à l'appui des nouvelles recommandations étaient les suivantes :

1. Quelles sont les interventions permettant de renforcer l'auto-efficacité et l'autonomisation des femmes vivant avec le VIH dans le cadre de rapports protégés et de prise de décision en matière de procréation ?
2. Quelles sont les interventions encourageant la divulgation sans danger du statut sérologique pour le VIH des femmes vivant avec le virus qui redoutent des violences ou qui déclarent faire l'objet de violences ?
3. Quelles sont les types d'accouchement permettant d'obtenir les meilleurs résultats pour la mère et le nouveau-né chez les femmes vivant avec le VIH ?
4. Les résultats en matière d'avortement médicamenteux et chirurgical chez les femmes vivant avec le VIH sont-ils différents des résultats obtenus chez les femmes qui ne sont pas infectées par le VIH ?

L'annexe 3 contient tous les détails relatifs à la population, à l'intervention, à la comparaison et aux résultats pour chacune des quatre questions PICO, tandis que les résumés des méthodes utilisées pour chacune de ces quatre revues systématiques, y compris les stratégies de recherche et les diagrammes pour l'inclusion des études, figurent avec la base de connaissances (les tableaux GRADE) à l'annexe en ligne des présentes orientations.¹

1. Disponible à l'adresse : www.who.int/reproductivehealth/publications/gender_rights/srhr-women-hiv/en/

Une liste des 13 revues systématiques et revues de littérature effectuées lors de l'élaboration de ces lignes directrices – y compris les quatre revues systématiques portant sur les sujets des six nouvelles recommandations, cinq revues systématiques portant sur les sujets des cinq nouvelles déclarations de bonnes pratiques (GPS A.1–A.5 ; voir le Tableau 2 du Résumé d'orientation, et le Chapitre 3), ainsi que quatre autres revues de littérature portant sur des sujets connexes – se trouve à l'annexe 4.

2.5.2 Interprétation de la qualité des données factuelles pour les recommandations

Conformément au processus d'élaboration des lignes directrices de l'OMS, le GDG a formulé les recommandations en fonction de la qualité des données disponibles (39). L'OMS a appliqué la méthode GRADE pour l'élaboration des recommandations, qui définit la qualité des données comme la mesure dans laquelle on peut être convaincu que les estimations de l'effet (désirable ou indésirable) découlant des données se rapprochent des effets d'intérêt réels (41, 42, 43). La méthode GRADE définit quatre niveaux pour la qualité des données, qui devraient être interprétés comme indiqué dans le Tableau 2.1.

Tableau 2.1 : Signification des quatre niveaux GRADE pour la qualité des données

Qualité des données	Raison d'être
Élevée	Nous sommes convaincus que l'effet réel est proche de l'estimation de cet effet
Moyenne	Nous sommes moyennement convaincus de l'estimation de l'effet : il est probable que l'effet réel soit proche de l'estimation de cet effet, mais il est possible qu'il soit très différent
Faible	Nous n'avons qu'une confiance limitée dans l'estimation de l'effet : l'effet réel peut s'avérer très différent de l'estimation de cet effet
Très faible	Nous avons peu confiance dans l'estimation de l'effet : il est probable que l'effet réel s'avère très différent de l'estimation de cet effet

Source : Balshem et al., 2011 (44).

La méthode GRADE (9) pour l'évaluation de la qualité des données quantitatives a été utilisée pour tous les résultats essentiels identifiés dans les questions PICO et un profil GRADE a été préparé pour chaque résultat quantitatif au sein de chaque question PICO. Les tableaux GRADE sont présentés à l'annexe en ligne.

2.5.3 Détermination de la force d'une recommandation

La force d'une recommandation – soit « forte », soit « avec réserve » – reflète le degré de confiance du GDG dans le fait que les effets désirables de la recommandation l'emportent sur les effets indésirables.

Les effets désirables (c'est-à-dire les bénéfices potentiels) peuvent inclure des résultats positifs sur la santé des personnes (une réduction de la mortalité et de la morbidité, par exemple), une réduction de la charge pour le sujet et/ou les services de soins de santé et des économies pour la personne, la communauté, le programme et/ou le système de soins de santé. Par effets indésirables (c'est-à-dire les préjudices potentiels), on entend les événements de santé défavorables pour les sujets (par exemple une augmentation de la morbidité ou de la mortalité) et une charge accrue pour la personne, la famille, la communauté, le programme et/ou le système de soins de santé. Cela peut notamment englober le recours à des ressources et les implications financières liés à la mise en œuvre des recommandations –, que les programmes, les prestataires de soins de santé ou les clients devraient assumer – ainsi que les retombées juridiques potentielles dans le cas où certaines pratiques sont érigées en infractions.

Une recommandation forte (pour ou contre une intervention) est une recommandation dans le cadre de laquelle on est convaincu que les effets désirables de l'application de la recommandation l'emportent clairement sur les effets indésirables. Plus la qualité des données scientifiques est élevée, plus on a de chances de pouvoir formuler une recommandation qualifiée de forte. Les nouvelles recommandations fortes des présentes lignes directrices sont libellées comme suit : "L'OMS recommande...".

Une recommandation avec réserve (pour ou contre une intervention) est une recommandation pour laquelle la qualité des données scientifiques peut être faible ou ne s'appliquer qu'à des groupes ou à des structures spécifiques ; la réserve peut également être attribuée dans les cas où le GDG estime que les effets désirables de l'application de la

recommandation l'emportent probablement sur les effets indésirables ou lorsque les deux types d'effets semblent équilibrés, mais que le GDG n'est pas convaincu que le compromis s'applique à toutes les situations. Les nouvelles recommandations avec réserve des présentes lignes directrices sont libellées comme suit : "L'OMS propose..." .

Si une intervention ayant fait l'objet d'une recommandation avec réserve uniquement est mise en oeuvre, elle devrait faire l'objet d'un suivi attentif et d'une évaluation rigoureuse. Davantage de recherches devront être menées pour lever les incertitudes, ce qui pourrait fournir de nouvelles données pouvant modifier le calcul de l'équilibre du compromis entre les effets désirables et indésirables.

Les valeurs et les préférences des utilisateurs finaux (les femmes vivant avec le VIH), ainsi que la prise en compte de la faisabilité, des coûts et des questions touchant à l'égalité entre les sexes sont autant de facteurs qui participent de la détermination de la force d'une recommandation.

Tableau 2.2 : Domaines pris en compte lors de l'évaluation de la force des recommandations

Domaine	Raison d'être
Bénéfices et risques	Lorsqu'une nouvelle recommandation est élaborée, les effets désirables (bénéfices) doivent être comparés aux effets indésirables (risques), en tenant compte de toute recommandation antérieure ou autre alternative. Plus l'intervalle est grand ou plus la pente penche du côté des bénéfices par rapport aux risques, plus vous avez de chance qu'une recommandation forte soit formulée.
Valeurs et préférences (acceptabilité)	Si la recommandation a de grandes chances d'être largement acceptée ou d'être considérée comme ayant une valeur élevée, il est probable que la recommandation soit forte. Si la ligne de conduite recommandée présente une grande variabilité ou s'il y a de fortes raisons de croire qu'elle ne sera pas acceptée, il est plus probable que la recommandation soit faite avec réserve.
Coûts/incidences financières	Des coûts plus bas (coûts monétaires, liés à l'infrastructure, à l'équipement ou aux ressources humaines) ou un meilleur rapport coût/efficacité ont plus de chances d'aller dans le sens d'une re-commandation forte.
Faisabilité	Plus une intervention est faisable pour toutes les parties prenantes, plus la recommandation a des chances d'être forte.
Équité	Si une intervention peut mener à une réduction des inégalités, améliorer l'équité ou contribuer à la réalisation des droits de l'homme, la recommandation a de plus fortes chances d'être considérée comme forte.

Source : Schünemann et al., 2013 (45).

2.6 Prise de décision par le GDG lors de l'élaboration des lignes directrices

Les membres du GDG se sont appuyés sur un protocole clair pour l'élaboration de lignes directrices de l'OMS (39). Le GDG a examiné les données probantes et a débattu des thèmes envisagés, sous la houlette d'une spécialiste de la méthodologie pour les lignes directrices. La réunion du GDG ou consultation technique du mois d'avril 2016 à Genève, en Suisse, visait à permettre aux participants de rédiger chacune des recommandations et d'y réfléchir au travers d'un processus de discussion en groupes et de révision. Afin de se faire une première idée des opinions des membres du GDG sur l'orientation de chaque recommandation (afin de se positionner en faveur ou en défaveur d'une intervention) et sur la force de chacune des recommandations telle que rédigée (forte ou avec réserve), la spécialiste en méthodologie a demandé aux participants de lever la main pour appuyer chaque alternative séparément. Il ne s'agissait pas d'un vote formel, mais d'une aide à la prise de décision sensée permettre à la spécialiste en méthodologie et aux présidents de recueillir les différents avis, afin de chercher ensuite le consensus en approfondissant les débats. L'adoption finale de chaque recommandation, y compris son orientation et sa force, a été confirmée à l'unanimité par tous les membres du GDG. Le GDG a également défini le contexte des recommandations en recourant au même processus de concertation, en se basant sur les discussions relatives à l'équilibre des données probantes pour les bénéfices potentiels et les désavantages des interventions pour les domaines évalués. Vous trouverez les décisions prises par le GDG pour chacune des recommandations à l'annexe 5.

2.7 Compilation et présentation du contenu des lignes directrices

Suite à la réunion du GDG, les membres du SG ont préparé une première version des lignes directrices complètes, en révisant les recommandations de façon à refléter correctement les délibérations et décisions des participants au GDG. Le projet de directive a ensuite été envoyé sous forme électronique aux participants du GDG afin de recueillir leurs commentaires. Leurs informations ont ensuite été intégrées au document avant qu'il ne soit envoyé au Groupe d'examen externe (ERG) pour commentaires. Le SG a ensuite évalué avec soin les commentaires des membres de l'ERG pour les inclure dans le document. Après la réunion du GDG et le processus d'examen externe par les pairs, toutes les modifications ultérieures du SG se sont limitées à des corrections d'erreurs factuelles et à des améliorations au niveau de la formulation lorsque le propos n'était pas clair. La version finale révisée a été renvoyée par voie électronique aux participants du GDG pour approbation finale.

Les présentes lignes directrices exposent les nouvelles recommandations de l'OMS, publiées ici pour la première fois (elles portent la mention « NOUVELLE » après le numéro de la recommandation), ainsi que les recommandations existantes ayant déjà été publiées dans le cadre d'autres lignes directrices de l'OMS ayant appliqué la méthode GRADE (il s'agit de toutes les recommandations ne portant pas de mention) et les déclarations de bonnes pratiques nouvelles et existantes (à nouveau, ces dernières portent la mention « NOUVELLE »).

Les cinq nouvelles déclarations de bonnes pratiques (GPS) s'appliquent à l'instauration et à la préservation de l'environnement favorable nécessaire à la réalisation d'une santé et de droits optimaux en matière de sexualité et de reproduction pour les femmes vivant avec le VIH. Ces nouvelles déclarations sur de bonnes pratiques figurent au Chapitre 3 : Créer un environnement favorable. Chaque nouvelle déclaration de bonnes pratiques est présentée dans un encadré ombré et s'accompagne de remarques portant sur les considérations clés de mise en oeuvre mises en exergue par le GDG. À la suite du ou des encadré(s) exposant les recommandations nouvelles ou existantes et/ou les déclarations de bonnes pratiques, des informations supplémentaires relatives à chacun des huit domaines thématiques du Chapitre 3 sont présentées dans l'ordre suivant : (i) données de bases sur le thème ; (ii) obstacles pour la SDRS ; (iii) composantes d'un environnement favorable permettant de lever les obstacles et d'appuyer la SDRS ; et, uniquement pour les NOUVELLES GPS, (iv) une liste des données probantes et des considérations du GDG, y compris toute considération supplémentaire pour la mise en oeuvre, et ce afin d'assurer une compréhension, une opérationnalisation et des résultats optimaux.

Les six nouvelles recommandations (REC) portent sur les interventions sanitaires et abordent les nouveaux domaines thématiques ou remplacent les recommandations antérieures. Ces nouvelles recommandations figurent au Chapitre 4 : Interventions sanitaires. Chaque nouvelle recommandation est présentée dans un encadré ombré et contient des informations relatives à la force de la recommandation et à la qualité des données sur lesquelles elle s'appuie (évaluée à l'aide de la méthode GRADE décrite précédemment dans la section 2.5.2), ainsi qu'une série de remarques, notamment des considérations clés pour la mise en oeuvre mises en lumière par le GDG. À la suite du ou des encadré(s) exposant les recommandations nouvelles ou existantes et/ou les déclarations de bonnes pratiques (le cas échéant), des informations supplémentaires relatives à chacun des six types de services décrits au Chapitre 4 sont présentées dans l'ordre suivant : (i) données de bases ; et, uniquement pour les NOUVELLES REC, (ii) une liste des données probantes et des considérations du GDG, y compris les résultats et les explications portant sur la qualité des données et la force de la recommandation, ainsi que toute considération supplémentaire pour la mise en oeuvre, y compris les coûts et la faisabilité si des informations sont disponibles.

Pour chacun des domaines thématiques des présentes lignes directrices, une icône indique également aux Chapitres 3 et 4 les références au GVPS, afin d'indiquer clairement au lecteur que des informations relatives aux valeurs et aux préférences des femmes vivant avec le VIH sont présentées d'après les résultats de l'enquête GVPS (37).

Dans le cadre des présentes lignes, le SG a également unifié les **recommandations** (uniquement celles basées sur l'approche GRADE) et les **déclarations de bonnes pratiques existantes** contenues dans d'autres directives OMS récentes et approuvées par le GRC lorsqu'elles étaient pertinentes pour la SDRS des femmes vivant avec le VIH. Dans tous les cas, ces recommandations et déclarations de bonnes pratiques existantes sont formulées exactement dans les mêmes termes que dans les orientations séparées dans lesquelles elles ont été publiées précédemment. Dans le cas des recommandations existantes, la force de chaque recommandation et la qualité des données ont été mentionnées telles que déterminées par les GDG respectifs pour ces orientations. Ces recommandations existantes

n'ont été ni révisées ni amendées au cours du processus d'élaboration des lignes directrices en 2016 et elles demeurent d'actualité. La base de connaissances pour ces recommandations ayant déjà été présentée au moment de la publication des orientations d'origine, elle n'a pas été intégrée à la documentation annexée aux présentes lignes directrices. Pour les recommandations et déclarations de bonnes pratiques existantes, le titre et le lien internet des orientations de l'OMS existantes sont également fournis dans les listes de remarques, afin de permettre un accès facile aux informations supplémentaires contenues dans la source d'origine.

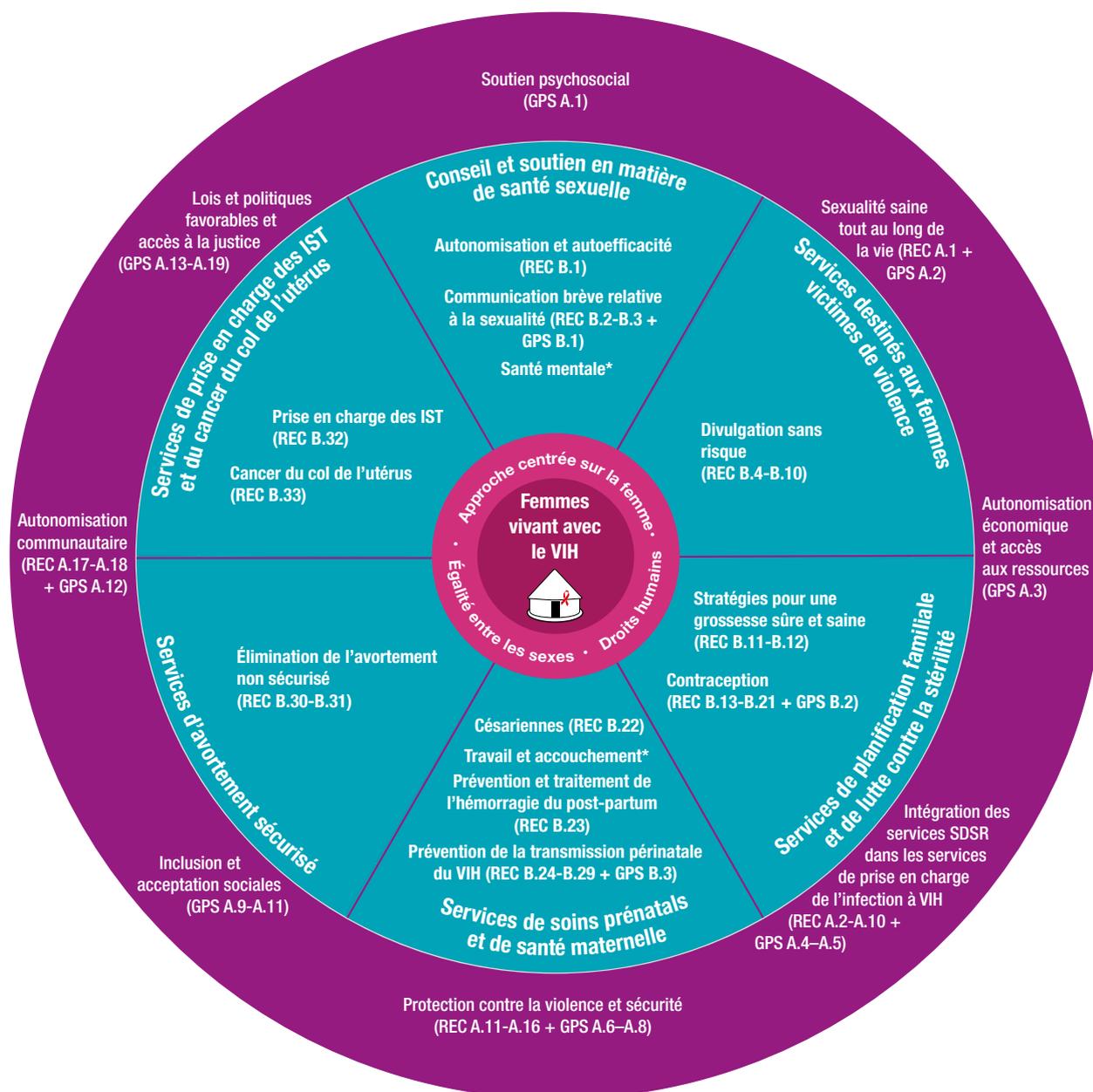
Au total, ces lignes directrices unifiées sont assorties de 52 recommandations (y compris les six nouvelles) et de 22 déclarations de bonnes pratiques (y compris les cinq nouvelles) pertinentes pour la SDRS des femmes vivant avec le VIH. Toutes les recommandations (REC) et les déclarations de bonnes pratiques (GPS) en lien avec la création d'un environnement favorable figurent au Chapitre 3 (et sont résumées dans la section A du Résumé d'orientation, dans les Tableaux 1 et 2 et dans la Figure 2.1) et sont respectivement libellées REC A.1, REC A.2, etc. et GPS A.1, GPS A.2, etc. Toutes les recommandations et déclarations relatives aux interventions sanitaires sont présentées au Chapitre 4 (et résumées dans la section B du Résumé d'orientation, dans les Tableaux 1 et 2 et dans la Figure 2.1) et sont respectivement libellées REC B.1, REC B.2, etc. et GPS B.1, GPS B.2, etc., et regroupées en sous-sections en fonction du domaine thématique et du type de service.

Le Chapitre 5 sur la mise en œuvre des lignes directrices et la prestation de services s'appuie sur les discussions du GDG pour présenter une analyse des éléments clés devant orienter la mise en œuvre des recommandations afin de pouvoir en tirer les meilleurs avantages possibles. Le Chapitre 6 du présent document fournit une liste des priorités et des lacunes en matière de recherche identifiées par le GDG qui doivent faire l'objet d'une étude plus approfondie et examine les éléments d'une approche inclusive recommandée pour élargir la base des connaissances relatives à la SDRS des femmes vivant avec le VIH. Le Chapitre 7 fournit une description des plans de diffusion, d'application, de suivi et d'évaluation et d'actualisation des lignes directrices et des recommandations.

Les indices à l'appui des six nouvelles recommandations tirées des quatre revues systématiques (voir annexe 4) ont été résumés dans des tableaux GRADE pour constituer la base de connaissances relative à l'efficacité ayant orienté les nouvelles recommandations du présent document. Ces tableaux GRADE, ainsi que les stratégies de recherche et les schémas de la revue systématique, sont présentés séparément dans l'annexe en ligne.

Le cadre présenté dans la Figure 2.1 illustre la structure fondamentale des lignes directrices unifiées et renvoie le lecteur à des thématiques et aux recommandations (REC) et déclarations de bonnes pratiques (GPS) spécifiques et pertinentes de l'OMS. Les valeurs et les préférences des femmes vivant avec le VIH, telles qu'exprimées par les répondantes à l'enquête GVPS, sont au cœur de ces lignes directrices, qui sont profondément ancrées dans une approche en matière de SDRS intégrale et centrée sur la femme. Le présent document plaide pour une telle approche, qui repose sur les principes directeurs de l'égalité des sexes et des droits fondamentaux (représentés dans le cercle rose). Sur cette base, le cadre illustre les éléments suivants : (A) l'environnement favorable global (cercle périphérique violet), avec les huit thématiques présentées au Chapitre 3 (en commençant par le haut, puis dans le sens des aiguilles d'une montre) ; et (B) les interventions sanitaires (segments en turquoise au centre), avec les six thématiques présentées au Chapitre 4 (également en commençant par le haut, puis dans le sens des aiguilles d'une montre) – dans tous les cas, ces thèmes sont assortis d'informations sur les numéros de REC et de GPS pertinents, qui figurent tous également dans les Tableaux 1 et 2, respectivement (dans le Résumé d'orientation).

Figure 2.1 : Cadre des recommandations et déclarations de bonnes pratiques de l'OMS visant à promouvoir la santé et les droits des femmes vivant avec le VIH en matière de sexualité et de reproduction



— Valeurs et préférences

GPS – Déclaration de bonnes pratiques

REC – Recommandation

— Environnement favorable

— Interventions sanitaires

SDSR: santé et droits en matière de sexualité et de reproduction; IST: infections sexuellement transmissibles.

* Pour les sections « santé mentale » et « travail et accouchement », la ligne directrice ne comprend pas de REC ni de GPS mais se réfère aux orientations existantes de l'OMS.

Chapitre 3. Créer un environnement favorable : recommandations et déclarations de bonnes pratiques

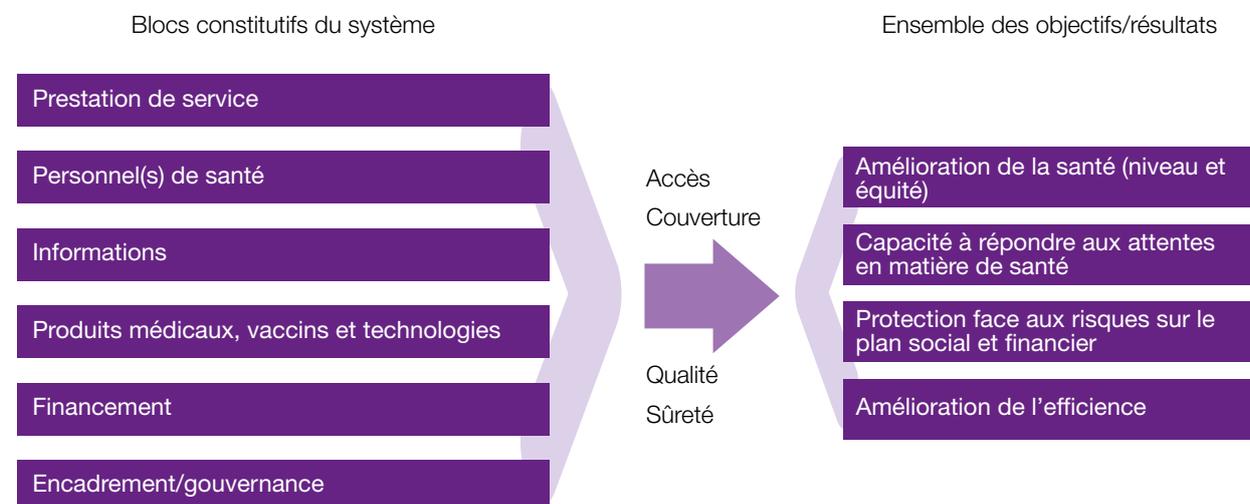
Pour mettre en œuvre des programmes complets et intégrés en matière de SDRS et de VIH répondant aux besoins et droits en matière de santé du groupe spécifique des femmes vivant avec le VIH dans tout contexte épidémique, il faut prévoir des interventions permettant de surmonter les principaux obstacles au recours à ces services, y compris l'exclusion sociale et la marginalisation, la pénalisation, la violence sexiste, la stigmatisation et l'inégalité entre les sexes. Ces obstacles doivent être pris en considération lorsqu'on met en place des stratégies pour rendre les services plus accessibles aux femmes vivant avec le VIH, plus acceptables, plus abordables et plus efficaces et faire en sorte qu'ils soient mieux utilisés, de meilleure qualité et leur assurent une couverture équitable. S'ils restent négligés, ces obstacles affaiblissent les interventions en affectant la SDRS des femmes vivant avec le VIH.

Les objectifs de développement durable (ODD), lancés au début de l'année 2016, créent une vision pour ne laisser personne sur le bord du chemin et, ce faisant, lancent un appel pour que l'on atteigne en premier lieu ceux qui sont le plus laissés pour compte. Dans bon nombre de sociétés à travers le monde, les femmes vivant avec le VIH continuent à subir des formes de discrimination multiples et croisées et se voient privées de leurs droits les plus fondamentaux, en particulier en matière de soins de santé. Afin d'atteindre les ODD d'ici à 2030 et de respecter l'engagement pris de ne faire aucun laissé pour compte, le secteur de la santé – en tant que prestataire de services de santé sexuelle et reproductive (SRR) – doit s'attacher à éliminer les obstacles auxquels les femmes vivant avec le VIH sont confrontées. Chacun des « blocs constitutifs » du système de santé doit encourager un environnement favorable à des services efficaces, en s'appuyant sur le Cadre de l'OMS pour les systèmes de santé (46) (voir Figure 3.1).

Cet environnement favorable peut être décrit comme suit :

- **Les attitudes et les comportements des agents de santé** doivent être inclusifs, ne pas stigmatiser et encourager la sécurité et l'égalité. Les agents de santé et les responsables des établissements de soins de santé devraient rendre des comptes lorsqu'ils ne fournissent pas les services de façon appropriée ou lorsqu'ils ne répondent pas aux normes fondées sur l'éthique professionnelle et les principes des droits de l'homme universellement reconnus. La prestation des services de soins et de traitement devrait s'inscrire dans une dynamique axée sur la personne et dénuée de jugement, qui permette aux femmes vivant avec le VIH d'occuper une place de choix dans les processus de décision portant sur leurs propres soins, en veillant à les soutenir et à leur fournir toutes les informations nécessaires pour ce faire.

Figure 3.1 : Le cadre du système de l'OMS



Source : OMS, 2007 (47).

- **Les produits médicaux et les technologies nécessaires** doivent être mis à disposition des agents de santé pour leur permettre de fournir des services, de mettre en œuvre des interventions, ainsi que de créer et de préserver un environnement favorable.
- **Les informations de gestion relatives à la santé** doivent être rédigées, produites, analysées, diffusées et exploitées en temps utile, et devraient refléter un large éventail de déterminants d'une SSR satisfaisante pour les femmes vivant avec le VIH. Ces informations devraient être mises à la disposition des agents de santé, des femmes vivant avec le VIH et d'autres acteurs de la communauté, qui devraient pouvoir les exploiter, afin de s'attaquer aux aspects cliniques et non-cliniques de la SDR. Les lacunes en matière d'informations devraient être identifiées et comblées au travers d'activités de recherche appropriées, y compris les recherches déterminées par la communauté. Les informations doivent être fiables, précises et les patients, qui en dépendent pour prendre des décisions éclairées ayant trait à leur santé, à leur bien-être et à leurs interactions avec les systèmes de santé, devraient pouvoir avoir confiance dans ces données.
- **Les interventions sanitaires** doivent être disponibles et accessibles quand et où elles sont nécessaires et elles doivent être acceptables, ainsi que de qualité élevée.
- Il convient de reconnaître que **les affectations budgétaires et les stratégies de financement** jouent un rôle central dans la création de l'environnement favorable permettant d'arriver à de bons résultats sanitaires, à une couverture sanitaire universelle et à une fourniture de services présentant un bon rapport coût/efficacité.
- L'environnement favorable pour la SDR de toutes les femmes vivant avec le VIH, y compris celles qui sont elles-mêmes des agents de santé, doit être pris en considération et appuyé par **les politiques, les textes d'application et les mesures d'incitation sur le plan opérationnel**. En raison des divers déterminants de la SDR, la création d'un environnement favorable exige un encadrement et un renforcement des coalitions à travers un certain nombre de secteurs – et notamment la collaboration avec la communauté des femmes vivant avec le VIH et la contribution significative de cette dernière. Le système de santé devrait diriger ces efforts afin d'assurer une approche intégrale.

La création d'un environnement favorable pour la SDR des femmes vivant avec le VIH devrait englober les stratégies suivantes :

1. **Adoption d'une approche holistique** : il convient d'agir à de multiples niveaux à travers le cadre socioécologique pour rendre l'environnement plus propice (voir section 3.1), y compris aux niveaux individuel, relationnel, communautaire et institutionnel. Voici quelques exemples :
 - soutenir les femmes sur le plan de la santé psychosociale peut réduire la stigmatisation intériorisée au niveau individuel ;
 - poursuivre l'éducation en matière de VIH au sein des communautés et œuvrer en faveur d'une protection sociale pour toutes les personnes peut réduire la stigmatisation sociale des femmes vivant avec le VIH ;
 - veiller à ce que les établissements de soins ne permettent pas les pratiques discriminatoires peut réduire la stigmatisation institutionnelle ;
 - promouvoir des politiques et adopter des lois pour prévenir la stigmatisation et la discrimination constitue un bon point de départ pour s'attaquer aux causes profondes de la stigmatisation.

Tous ces éléments font partie d'une approche plurifactorielle à l'appui d'un environnement favorable pour une SSR satisfaisante et la réalisation des droits des femmes vivant avec le VIH.
2. **Investissement dans des programmes à long terme** : parmi les exemples de cette approche, citons la création de plans de programmes SSR et VIH sur 10 à 15 ans, l'investissement dans le renforcement des capacités et les activités favorisant une évolution des normes sociales préjudiciables, en lieu et place des activités à court terme destinées à juguler une crise. Même si les plans se concrétisent par étapes de cinq ans, l'utilisation de stratégies de planification et d'indicateurs à long terme permet d'alimenter des objectifs de longue haleine. Le renforcement des capacités parmi les administrateurs locaux et le personnel de santé, ainsi que la formation et la contribution significative des personnes vivant avec le VIH favoriseront des programmes durables, adaptés au contexte et qui soient entre les mains des responsables locaux (48).
3. **Mettre l'accent sur les messages positifs** : si les besoins et les lacunes sont au centre du débat, les interventions ne pourront ni identifier les ressources des femmes vivant avec le VIH ou du système de santé, ni en tirer parti. Des techniques comme l'« appreciative inquiry » (38) permettent d'identifier les facteurs de réussite sur lesquels on peut s'appuyer pour les progrès futurs. Le fait de ne se concentrer que sur les expériences négatives

peut traumatiser une nouvelle fois les femmes ayant vécu de mauvaises expériences, sans leur fournir le soutien nécessaire pour les aider à avancer sur la voie de la récupération, de la guérison et de la résilience.

4. **Souligner l'importance du langage** : un langage positif et inclusif ouvre de nouvelles portes pour avancer et collaborer, au lieu de n'être axé que sur la résolution des problèmes existants. Par exemple, parler de « promouvoir la santé » au lieu de « mettre fin aux maladies » peut permettre de réfléchir aux étapes suivantes en matière de promotion de la santé, tout en traitant les problèmes liés à une mauvaise santé. Les programmes en matière de SDRS devraient employer des termes plaçant les personnes avant la maladie, comme par exemple en parlant des « personnes vivant avec le VIH » au lieu des « personnes infectées par le VIH » ou des « personnes séropositives pour le VIH ». Il convient de parler de VIH ou de sida plutôt que de VIH/sida, afin de dissocier le virus du syndrome clinique. Il est plus neutre de parler d'« acquisition » que d'« infection » lorsqu'on fait référence à la transmission du VIH. On peut faire référence à la prévention complète de la « transmission verticale » plutôt que de la « transmission mère-enfant » (MTCT), afin de diminuer la culpabilisation des femmes vivant avec le VIH. C'est essentiel si l'on veut créer un environnement favorable pour la SDRS (13).
5. **Élaborer des interventions en partenariat avec les communautés d'utilisatrices finales** : cette approche permettra de veiller à ce que les services soient adaptés aux besoins, aux priorités et aux réalités des bénéficiaires visées.

Dans le reste du présent chapitre, la section 3.1 aborde l'application d'un cadre socioécologique pour définir un environnement favorable à la SDRS des femmes vivant avec le VIH et la section 3.2 présente des stratégies essentielles à la création et à la préservation d'un environnement favorable. Cette section comprend les déclarations de bonnes pratiques nouvelles et existantes, ainsi que les recommandations existantes à travers huit domaines thématiques, allant du niveau individuel (soutien psychologique) à l'échelon des politiques (législation et politiques favorables). Elle présente également les obstacles pertinents entravant l'accès à des services de SSR appropriés, de bonne qualité et fondés sur les droits pour les femmes vivant avec le VIH, en tenant compte des valeurs et des préférences exprimées par les femmes dans chaque domaine au travers de l'enquête mondiale sur les valeurs et les préférences des femmes vivant avec le VIH (GVPS) (37).

L'ensemble des informations contenues dans ce chapitre vise à appuyer la création de l'environnement favorable nécessaire à une SDRS satisfaisante pour les femmes vivant avec le VIH.

3.1 Application d'un cadre socioécologique afin de définir un environnement favorable pour la SDRS des femmes vivant avec le VIH

Un cadre socioécologique constitue un modèle intégral permettant de comprendre les nombreux déterminants de la SDRS des femmes vivant avec le VIH. Ce modèle est largement appliqué pour comprendre les déterminants d'un large éventail de comportements et de résultats en matière de santé. Pour les besoins de ces lignes directrices, qui cherchent à faire progresser la SDRS des femmes vivant avec le VIH, le cadre socioécologique permet de regrouper des considérations supplémentaires pour la définition d'un environnement favorable, y compris les facteurs liés entre eux à de multiples niveaux qui affectent la capacité des femmes vivant avec le VIH à accéder aux services, informations et produits nécessaires et pertinents pour la SDRS et le VIH, alors qu'ils jouent un rôle essentiel pour les résultats liés à la SDRS et à d'autres aspects de leur santé et de leur bien-être. Aucun facteur ne peut à lui seul déterminer les résultats pour la SDRS des femmes vivant avec le VIH.

Un cadre socioécologique repose sur quatre principes directeurs. En premier lieu, il reconnaît que de multiples **facteurs influencent** les comportements et les résultats relatifs à la santé, y compris les facteurs intervenant aux niveaux intrapersonnel, interpersonnel, communautaire et sociétal. Ensuite, il avance l'idée que ces **influences interagissent** entre ces différents niveaux. Troisièmement, il suppose un **éclairage sur les comportements et les résultats spécifiques pour la santé**, pour identifier quels facteurs ont le plus de chance d'influencer le résultat ou le comportement spécifique à chacun des niveaux du cadre. Enfin, le cadre indique que les interventions **ciblant les facteurs à différents niveaux** présentent plus de chances d'être efficaces que celles qui ne ciblent qu'un seul niveau.

Si l'on applique ce cadre aux résultats relatifs à la SDR des femmes vivant avec le VIH, cela signifie que :

1. **À l'échelon individuel**, il est nécessaire d'axer sur le **soutien des femmes vivant avec le VIH** pour atteindre des résultats comme une meilleure confiance en soi et une capacité personnelle à prendre et appliquer des décisions qui favorisent leur propre santé, ainsi que de meilleurs atouts économiques et sociaux à l'appui de leur habilitation individuelle.
2. **Au niveau relationnel**, il convient de se concentrer sur les **interactions entre les partenaires, les familles, les pairs, les professionnels de la santé et les femmes vivant avec le VIH**, afin de réduire la stigmatisation, la discrimination et la violence interpersonnelle et de promouvoir l'égalité et l'inclusion.
3. **À l'échelon communautaire**, il convient de **mettre en place des normes sociales et un soutien positifs et équitables, notamment des interventions destinées aux membres et aux institutions de la communauté élargie** à l'extérieur du noyau familial et au sein des quartiers, des écoles, des structures de soins de santé, des lieux de culte et de travail, afin de réduire la stigmatisation et le risque de violence et de promouvoir l'égalité et l'inclusion.
4. **À l'échelon sociétal**, il est nécessaire de **promouvoir des lois, des politiques et des pratiques institutionnelles à l'appui de la SDR des femmes vivant avec le VIH** au sein des sphères sociales, éducatives et économiques et des sphères ayant trait à la santé, et d'instaurer des normes et des structures sociétales larges pour soutenir les femmes vivant avec le VIH afin qu'elles puissent pleinement se réaliser eu égard à leur SDR.

Si le secteur de la santé constitue le pivot des présentes directives, la mise en oeuvre réussie de mesures en faveur d'un environnement sans danger et propice aux femmes vivant avec le VIH dépend de la collaboration entre différents secteurs, tels que ceux de la justice, du logement, de l'agriculture, de l'éducation, de l'assistance publique et du travail. Pour pouvoir créer un environnement de ce type, il est également nécessaire que les différents acteurs collaborent les uns avec les autres, y compris le gouvernement, la société civile et le secteur privé, et les femmes vivant avec le VIH doivent participer de façon significative à tous les différents aspects.

Une compréhension de la SDR des femmes vivant avec le VIH du point de vue socioécologique permettra de définir et de cibler les interventions ayant le plus de chances de relever avec succès et de façon intégrale les défis interdépendants liés à la SDR des femmes vivant avec le VIH et de la société dans son ensemble. Un exemple de l'application du cadre socioécologique à la SDR des femmes vivant avec le VIH est donné dans l'Encadré 3.1.

Encadré 3.1 : Comment le cadre socioécologique peut orienter la prestation de services de SDR

Exemple : promotion d'une sexualité saine pour les femmes vivant avec le VIH

Interventions à l'échelle individuelle : fournir des conseils et des informations individuels pour prêter une assistance aux femmes, afin qu'elles comprennent leurs propres droits et leurs options en matière de SSR et afin de les aider à déterminer comment réaliser leurs aspirations ; les femmes seront alors mieux en mesure de réaliser leurs droits et leurs aspirations.

Interventions au niveau relationnel : s'assurer que les agents de santé présents dans les structures de soins de santé respectent et soutiennent les femmes avec lesquelles ils interagissent, au lieu de les juger ou de les stigmatiser ; les femmes ont alors un meilleur accès aux services d'accompagnement en matière de contraceptifs ou de fécondité dont elles ont besoin pour réaliser leurs aspirations sur le plan de la SSR.

Interventions à l'échelle communautaire : mettre en oeuvre des interventions pour faire évoluer les normes sociales liées à la violence et à la stigmatisation ; les femmes seront alors mieux en mesure d'accéder à une sexualité saine si elles sont moins confrontées à la violence et ont le sentiment d'être acceptées dans leur identité sexuelle.

Interventions au niveau sociétal : adopter des lois et réformer les politiques ; les femmes auront alors une meilleure capacité d'agir si elles détiennent une part du pouvoir au travers de leur possibilité d'hériter légalement des richesses et de bénéficier de politiques liées aux systèmes de santé qui leurs offrent plusieurs options en matière de contraception ou de services d'accompagnement à la procréation, afin de les aider à concrétiser leurs désirs de procréation.

Le système de santé devrait intervenir sur les questions ayant une influence sur les résultats sanitaires aux différents niveaux du cadre socioécologique et réfléchir à leurs potentielles interactions à l'appui des femmes afin qu'elles jouissent d'une sexualité saine.

3.2 Stratégies nécessaires à la création et au maintien d'un environnement favorable

Parmi les éléments d'un environnement favorable qui doivent être abordés aux niveaux individuel, relationnel, communautaire et sociétal pour favoriser la SDRS des femmes vivant avec le VIH, il y a les composantes suivantes, rédigées dans l'ordre dans lequel elles sont présentées dans la suite de ce chapitre :

1. soutien psychosocial
2. une sexualité saine à toutes les étapes de la vie
3. autonomisation économique et accès aux ressources
4. intégration de services de SDRS et de VIH
5. protection contre la violence et sécurité
6. inclusion et acceptation sociales
7. autonomisation de la communauté
8. lois et politiques favorables et accès à la justice.

Chacune des sous-sections de ce chapitre présente des déclarations de bonnes pratiques nouvelles et/ou existantes (GPS) et des recommandations existantes (REC), ainsi que des renseignements complémentaires relatifs à ces thématiques, notamment (i) les données de base ; (ii) les obstacles ; (iii) les éléments d'un environnement favorable ; et, uniquement pour les NOUVELLES GPS, (iv) une liste des données probantes et des considérations du GDG. Le Groupe d'orientation de l'OMS (SG) chargé de l'élaboration du présent document a identifié huit domaines thématiques pour lesquels de **nouvelles** REC ou GPS devaient être formulées aux fins des présentes lignes directrices (voir Chapitre 2, section 2.4). Quatre de ces domaines sont abordés dans ce chapitre (les quatre premiers de la liste ci-avant), tandis que les quatre autres sont traités au Chapitre 4. Les cinq nouvelles GPS de ces lignes directrices sont exposées dans les quatre premières sous-sections de ce chapitre (et elles portent la mention « NOUVELLE »). Les résultats pertinents obtenus à travers l'enquête mondiale sur les valeurs et les préférences (GVPS) relative aux priorités des femmes vivant avec le VIH sont également présentés dans chaque sous-section et sont intégrés aux renseignements fournis avec la nouvelle GPS.

3.2.1 Soutien psychosocial

NOUVELLE déclaration de bonnes pratiques relative au soutien psychosocial

GPS A.1 : Des interventions de soutien psychosocial – par exemple par des groupes de soutien ou de femmes vivant avec le VIH – assurées par, avec et pour des femmes vivant avec le VIH devraient être prévues dans le cadre de la prise en charge du VIH.

Remarques

- Les interventions fournissant un soutien psychosocial sont optimales lorsqu'elles sont mises sur pied, mises en œuvre et évaluées par, avec et pour les femmes vivant avec le VIH, ou en collaboration avec les agents de santé non spécialisés.
- Les interventions de soutien psychosocial semblent être les plus indiquées pour améliorer les éléments suivants parmi les issues possibles sur lesquelles il faut agir : les stratégies d'adaptation, l'estime de soi, le soutien social, les symptômes dépressifs, le stress et la stigmatisation perçue.
- Les interventions devraient utiliser la recherche formative afin de veiller à ce que l'intervention mise sur pied soit pertinente pour la population, le contexte et le lieu spécifiques.

i. Contexte

De nombreuses femmes vivant avec le VIH rencontrent des difficultés sur le plan psychosocial : le stress, des symptômes dépressifs, une piètre estime de soi, entre autres. Par rapport à la population générale, une proportion plus élevée de personnes vivant avec le VIH souffre de dépression et de troubles anxieux – certaines études font également état d'une prévalence plus élevée chez les femmes que les hommes – et les données montrent que la détresse psychologique a des retombées négatives sur la qualité de vie (49–51). Dans l'enquête mondiale sur les valeurs et les préférences (GVPS) effectuée auprès des femmes vivant avec le VIH, sur les 489 femmes ayant répondu au module facultatif portant sur la santé mentale, 82% ont rapporté des symptômes dépressifs et 78% ont déclaré avoir fait l'expérience du rejet (37). Le diagnostic VIH en lui-même peut déclencher des problèmes immédiats et persistants de santé mentale. Les répondantes à l'enquête ont déclaré avoir souffert de 3,5 fois plus de problèmes de santé mentale en moyenne à la suite du diagnostic

par rapport à la période précédant le diagnostic. Cependant, au-delà du diagnostic, les interactions entre les préoccupations et les problèmes en matière de santé mentale rencontrés par de nombreuses femmes vivant avec le VIH finissent par entraver leur SSR – la stigmatisation, la peur, la discrimination, la violence, les contraintes financières et les effets secondaires du traitement notamment. Une analyse plus poussée des données issues de l'enquête GVPS a montré qu'il existait une corrélation positive entre les problèmes de santé mentale et les « identités sociales défavorisées », dans laquelle la stigmatisation liée aux identités et aux comportements soumis à des sanctions sociales et/ou légales – comme le travail du sexe, la consommation de drogues, les relations entre personnes de même sexe, la pauvreté et les identités de genre non conformes, entre autres – recoupe la stigmatisation liée au VIH, ce qui mène à une accumulation d'obstacles. En outre, les personnes interrogées ont déclaré que les problèmes de santé mentale entraînaient en eux-même une stigmatisation, ce qui complique encore les choses pour les femmes lorsqu'elles cherchent un soutien ou des services. Ces phénomènes interdépendants ont des conséquences sur la santé et le bien-être à plusieurs égards : ils peuvent créer des obstacles à des relations intimes et sexuelles saines, déclenchant un comportement de survie, comme l'usage de substances psychoactives, ce qui peut mener à une aggravation de la vulnérabilité et des risques ; ils peuvent également mener à des violations des droits des exclus, qui évoluent dans un contexte où les rapports de force associés à un statut positif pour le VIH et les problèmes de santé mentale sont déséquilibrés (52). Le soutien psychosocial « traite les problèmes psychologiques et sociaux persistants chez les individus vivant avec le VIH, leurs partenaires, leur famille et leurs aidants » (53).

ii. Obstacles

La stigmatisation et les problèmes de santé mentale, qui sont interdépendants, empêchent les femmes de jouir de relations sexuelles saines, ainsi que de revendiquer un rôle et d'exercer un contrôle dans le cadre de ces relations. Les difficultés sur le plan psychosocial peuvent avoir un impact négatif sur le bien-être général des femmes vivant avec le VIH, ce qui peut créer ou exacerber l'exclusion sociale et l'isolement et avoir des conséquences sur le recours à des services ou mener à d'autres problèmes de santé mentale. Certains problèmes de santé mentale peuvent notamment se manifester ou être exacerbés par les effets secondaires de certains traitements (la dysmorphophobie, la fatigue/les troubles du sommeil et la perte de libido, entre autres), tandis que ces problèmes de santé mentale, à leur tour, peuvent avoir un effet sur l'observance du traitement.

iii. Composantes d'un environnement favorable

Le VIH peut avoir une incidence sur le bien-être psychologique et affectif et il est nécessaire de fournir un soutien et des conseils psychologiques abordables, accessibles, holistiques et intégrés aux autres services pour la SSR ou le VIH.

iv. Ensemble des moyens d'appréciation et des considérations relatifs aux nouvelles déclarations de bonnes pratiques

Malgré la prévalence élevée de problèmes psychosociaux parmi les femmes vivant avec le VIH, l'association identifiée entre les problèmes psychosociaux et les résultats en matière de SSR (54, 55), ainsi que les recommandations visant à inclure le soutien psychosocial aux soins du VIH (53, 56), aucune revue ne s'est penchée sur l'impact des interventions de soutien psychosocial sur la SDRS des femmes vivant avec le VIH. En se fondant sur les conclusions tirées de l'enquête GVPS (voir la section Contexte ci-avant et l'encadré « Valeurs et préférences » à la fin de cette section) et sur l'importance critique des problèmes touchant à la santé mentale, le Groupe chargé de l'élaboration des lignes directrices (GDG) a intégré au processus d'élaboration une nouvelle revue systématique des études évaluant les interventions de soutien psychosocial fournies par les prestataires non spécialisés afin d'évaluer l'impact sur les résultats, y compris le bien-être psychologique, affectif et/ou social et la qualité de vie, ainsi que la prise de décisions relative à la SDRS chez les femmes vivant avec le VIH (57). Parmi les études intégrées à la revue, les prestataires inclus étaient des personnes sans formation spécialisée en santé mentale, par exemple des professionnels de la santé qualifiés (des médecins et des infirmiers/ères) qui n'étaient pas des spécialistes en soins psychiatriques ou psychologiques ou des prestataires communautaires ou d'autres personnes ayant ou non suivi une formation sur la fourniture de services de soutien psychosocial (58). Le nombre d'interventions de soutien psychosocial actuellement dispensées par des prestataires communautaires étant élevé en raison des pénuries de personnel de santé ayant suivi une formation officielle, les interventions menées par des prestataires communautaires ont été incluses. Cela permet également à ces prestataires communautaires de particulièrement bien comprendre leurs clientes ; par exemple, s'ils partagent une expérience de VIH, s'ils vivent avec le VIH et sont disposés à évoquer leur séropositivité avec la cliente. Les interventions de soutien psychosocial semblent être les plus indiquées pour améliorer les éléments suivants parmi les issues possibles sur lesquelles il faut agir : les stratégies d'adaptation, l'estime de soi, le soutien social, les symptômes dépressifs, le stress et la stigmatisation perçue. Cela dit, les études examinées n'ont pas permis de

dégager des effets significatifs sur le plan statistique pour ces résultats. Aucune typologie à l'appui de résultats significatifs n'a été observée pour les interventions en groupe par rapport aux interventions individuelles, pour les différentes fréquences d'intervention ou pour différents résultats primaires ou populations (par exemple les femmes sollicitant des soins prénatals, des mères ou d'autres groupes). Les orientations relatives aux services formels de prise en charge de la santé mentale figurent dans le *Plan d'action de l'OMS pour la santé mentale 2013-2020* (59), et le Chapitre 4, section 4.1.3 aborde la question de la santé mentale plus en profondeur.

Valeurs et préférences

Les femmes vivant avec le VIH ayant participé à l'enquête GVPS ont exprimé la nécessité : de bénéficier d'un soutien psychologique pour la divulgation, d'avoir une meilleure confiance en elles, de pouvoir s'accepter et d'avoir une image positive de leurs corps ; d'avoir accès à un conseil continu sur le plan psychosexuel, y compris avec leur(s) partenaire(s) ; d'être prises en charge par rapport aux traumatismes vécus ; d'obtenir un appui pour apprendre, comprendre leurs droits et y croire ; et de bénéficier d'un traitement et d'un appui pour la consommation de drogues et d'alcool, en tant que symptôme et en tant que cause de problèmes de santé mentale. Les répondantes ont également évoqué le besoin : d'avoir des orientations leur permettant de construire une vie fondée sur le bien-être et la tolérance ; d'être soutenues par leurs pairs afin de disposer d'un cadre sûr permettant aux femmes de s'exprimer sans être jugées ; et de disposer de politiques ciblant la stigmatisation – y compris la stigmatisation relative aux problèmes de santé mentale et au VIH – et encourageant les droits de l'homme (37).



3.2.2 Une sexualité saine tout au long de la vie

a. La puberté et l'adolescence

Recommandations existantes relatives à une sexualité saine à la puberté et dans l'adolescence

REC A.1 : Des services de santé axés sur les adolescents devraient être fournis dans le cadre des services de prise en charge du VIH pour favoriser leur participation et améliorer les résultats.

(recommandation forte, données de faible qualité)

Remarques

- Cette recommandation est tirée des Lignes directrices unifiées de l'OMS de 2016 relatives à l'utilisation d'antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH : recommandations pour une approche de santé publique, deuxième édition (en français : Note d'orientation uniquement).
- Vous trouverez de plus amples informations dans la publication d'origine, disponible à l'adresse : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206448/1/9789241509893_fre.pdf?ua=1 (Anglais : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf)
- Voir également les informations de la section 3.2.8 (GPS A.15 et GPS A.16) sur les politiques relatives à l'âge du consentement pour des recommandations spécifiques sur les bonnes pratiques en matière d'appui des adolescentes vivant avec le VIH pour la réalisation de leur SDSR.

i. Contexte

Les filles à l'âge de la puberté ont besoin d'informations et de soutien pour comprendre les changements qui s'opèrent dans leurs corps. Elles ont besoin d'une éducation sexuelle complète (25), y compris des informations sur la grossesse, les IST et sur les modalités d'une transmission du VIH et elles doivent être armées des connaissances et des outils – notamment la confiance en soi et la prise de conscience – leur permettant de gérer leurs premiers désirs sexuels et leurs premières expériences. Étant donné qu'une proportion élevée des premiers rapports sexuels des filles sont forcés (60), ces dernières doivent disposer des moyens leur permettant de reconnaître, d'éviter ou de dénoncer la violence et la coercition, si et quand elles surviennent.

ii. Obstacles

Les adolescentes et les jeunes femmes vivant avec le VIH ont souvent des connaissances lacunaires au sujet de leur SDSR. Elles n'ont souvent pas accès aux produits appropriés en raison des restrictions sociales et légales en matière de contraceptifs et de services de santé connexes, avec notamment des restrictions en ce qui concerne les services pour les femmes célibataires (61).

Les attitudes ou les valeurs moralisatrices et le manque de compétences empêchent souvent les agents de santé de fournir aux adolescentes vivant avec le VIH les services de santé dont elles ont besoin. La formation, la clarification des valeurs et un soutien en continu peuvent leur permettre de fournir les services nécessaires (62).

Dans plusieurs pays, il existe des incohérences entre l'âge de consentement pour l'activité sexuelle, pour le mariage et pour l'accès aux services, ce qui constitue un frein pour les jeunes ayant besoin d'avoir accès à des services de SSR. Il a été observé que les adolescents préfèrent parfois ne pas rechercher des soins pour éviter de devoir parler de leurs problèmes de santé et de leur activité sexuelle à leurs parents, tandis que les prestataires fournissant les services de santé exigent souvent le consentement des parents pour l'accès aux services, en particulier lorsque ces derniers ont trait à la SSR (63). Une enquête portant sur un échantillon d'adolescents représentatif à l'échelon national aux USA a montré que 35% d'entre eux évitaient de prendre contact avec les services de soins afin de ne pas devoir informer leurs parents de leurs problèmes de santé et que les filles étaient plus susceptibles que les garçons d'éviter les soins de santé afin d'éviter que leurs parents n'apprennent leur comportement à haut risque (63). Tandis que certaines lois visent à protéger les jeunes, la législation nationale relative à l'âge du consentement et aux normes sociales peut également influencer l'attitude et le comportement des prestataires et créer des obstacles dans l'accès aux services. Il n'est donc pas surprenant que les adolescents des populations clés touchées (par exemple les travailleurs et travailleuses du sexe, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et les personnes qui s'injectent des drogues) et des populations vulnérables (par exemple les jeunes incarcérés, les jeunes femmes) soient moins susceptibles d'avoir accès aux tests de dépistage et aux conseils en lien avec le VIH, ou aux soins et au traitement par rapport à la population générale des adolescents (64).

iii. Composantes d'un environnement favorable

Tout comme dans le cas des femmes plus âgées vivant avec le VIH, des programmes de conseil et d'appui sur les questions sexuelles devraient être élaborés par, avec et pour les jeunes femmes vivant avec le VIH, y compris celles appartenant aux populations clés touchées et en particulier celles appartenant à des communautés vulnérables, comme les adolescentes vivant avec le VIH et souffrant d'autres handicaps. Afin de faciliter l'application des recommandations, les prestataires de services de soins relatifs à la SDR et au VIH devraient bénéficier d'une formation, d'aide-mémoires et d'une supervision continue lorsqu'ils dispensent un soutien spécifique à la SDR des adolescentes et des jeunes femmes.

Les filles nées avec le VIH ou l'ayant acquis au cours de l'enfance peuvent avoir besoin d'un appui particulier à l'adolescence, lorsqu'elles commencent à avoir des relations sexuelles et lorsqu'elles réfléchissent à leurs priorités en matière de SSR et à leurs droits pour la première fois – y compris en ce qui concerne les conseils en matière de contraception. Il est important que les filles qui acquièrent le VIH au cours de l'adolescence reçoivent des informations précises en temps opportun, ainsi qu'un conseil en matière de SDR en tant que jeunes femmes vivant avec le VIH, y compris des informations et des conseils spécifiques lorsqu'elles entament des relations sexuelles ou les entretiennent et font des choix relatifs au mariage et à la fécondité. Un accompagnement psychologique et un soutien psychosocial continu peuvent s'avérer nécessaires pour les filles et les jeunes femmes ayant acquis le VIH suite au viol, à l'inceste ou à des violences sexuelles (voir section 4.2.1 : Divulgarion sans danger pour des informations relatives à la divulgation du statut chez les adolescents).

Les pairs ou camarades apportent de nombreux avantages aux adolescentes. Ils peuvent représenter une source de soutien psychologique précieuse, en renforçant leur confiance en elles et leur résilience et en les aidant à réduire leur anxiété tout en favorisant leur sentiment d'appartenance. Du fait de leurs expériences communes, les pairs peuvent également aider les adolescentes vivant avec le VIH à affronter leur peur, leur sentiment d'impuissance, la stigmatisation et la discrimination et peuvent faciliter la résolution des problèmes. Les camarades peuvent également être de bons vecteurs d'informations pratiques, de motivation et de renforcement positif pour l'observance du traitement, la divulgation, la gestion des problèmes liées à la SSR et les préoccupations relatives à la santé mentale et à l'usage de substances psychoactives (66).

Le personnel de santé prenant en charge les adolescentes vivant avec le VIH devraient évaluer l'activité sexuelle et fournir des informations précises et complètes au sujet des services de SSR disponibles (67).

Les *Directives* de 2011 de l'OMS intitulées *Prévenir les grossesses précoces et leurs conséquences en matière de santé reproductive chez les adolescentes dans les pays en développement* (en français : Note d'orientation uniquement) abordent les problématiques spécifiques relatives à la création d'un environnement porteur pour la santé

et les droits de tous les adolescents, y compris les adolescentes vivant avec le VIH. Elles contiennent notamment des recommandations visant à prévenir les grossesses précoces dues à des facteurs d'influence, comme le mariage précoce, les relations sexuelles forcées, l'avortement non sécurisé, l'accès aux contraceptifs et l'accès à des services de santé maternelle destinés aux adolescentes. Ces recommandations devraient être passées en revue lorsqu'on définit un environnement favorable aux jeunes femmes dans leur ensemble et aux jeunes femmes vivant avec le VIH (68).

Valeurs et préférences

Les femmes vivant avec le VIH ayant répondu à l'enquête GVPS ont exprimé la nécessité d'un soutien en matière de SDRS, disponible à toutes les étapes de la vie, pour les filles et les femmes vivant avec le VIH. Les mécanismes de protection sociale sont perçus comme étant nécessaires afin de prévenir l'abus sexuel sur les enfants, y compris le mariage des enfants et des adolescents et les relations sexuelles forcées ou de nature transactionnelle. Les filles et les jeunes femmes vivant avec le VIH doivent avoir accès à des informations complètes au sujet des changements s'opérant dans leur corps, de la menstruation, de la maturité sexuelle, du sexe et de la sexualité, de la contraception, et des options en matière de planification familiale et de grossesse : cela est particulièrement le cas des personnes qui passent des services destinés aux enfants aux services destinés aux adultes – ces services devraient être proposés sans jugement, sans contrainte et sans le consentement obligatoire des parents. L'éducation sexuelle complète proposée aux filles et aux femmes dans le cadre scolaire et ailleurs devrait être associée à des interventions comportementales dispensées par des médecins ou d'autres prestataires de soins de santé, s'inscrivant dans une approche des soins holistique, axée sur les femmes et adaptée sur le plan culturel tout au long de la vie, afin que la fille ou la femme soit prise en compte à part entière, sans être réduite au virus. Il est nécessaire d'offrir des services d'excellente qualité et non biaisés, y compris en ce qui concerne le conseil en matière de sexualité et de rapports humains. Les femmes célibataires, lesbiennes, bisexuelles et transgenres, ainsi que les femmes nullipares doivent être prises en charge selon les mêmes exigences en matière de considération et de soins que les femmes mariées ou ayant des enfants (37).



b. Vieillesse, ménopause et post-ménopause

NOUVELLE déclaration de bonnes pratiques relative au vieillissement et à une sexualité saine

GPS A.2 : Les femmes vivant avec le VIH, dans toute leur diversité, devraient pouvoir avoir des relations intimes sans risque avec une sexualité épanouie et continuer d'avoir accès au plaisir sexuel en devenant plus âgées. Le choix de celles qui souhaitent ne pas être sexuellement actives devrait également être respecté et appuyé.

Remarques

- Les programmes de conseil et de soutien sur le plan sexuel devraient être élaborés par, avec et pour les femmes vivant avec le VIH dans toutes les tranches d'âge, y compris celle de la ménopause et après la ménopause, en collaboration avec les prestataires de soins de santé.
- Il convient de soutenir les femmes vivant avec le VIH qui font des choix volontaires autour de leurs relations sexuelles et de leur transmettre les informations et les ressources leur permettant d'avoir des expériences sexuelles sans danger et épanouissantes, ou de ne pas avoir de relations sexuelles, selon leurs préférences personnelles, tout en leur proposant un conseil et un appui adaptés à leur prise de décision, leurs désirs et leurs besoins. Cela vaut pour toutes les femmes, y compris celles qui ne sont plus en âge de procréer.
- Afin de faciliter l'application des recommandations, les prestataires de services de soins relatifs à la SSR et au VIH devraient bénéficier d'une formation, d'aide-mémoires et d'une supervision continue lorsqu'ils dispensent un soutien spécifique à la santé sexuelle et aux droits connexes, y compris aux femmes n'étant plus en âge de procréer. La formation devrait couvrir ce que l'on dit aux femmes chez lesquelles un diagnostic de VIH est posé en relation avec leur sexualité à toute les étapes de la vie et avec la phase spécifique dans laquelle elles se trouvent. Le système de santé devrait s'efforcer d'aider les prestataires de services de soins du VIH à mettre ces recommandations en oeuvre, étant donné l'accent général mis sur l'observance du traitement et sur la prévention de la transmission. Cela implique de mettre à jour le programme de formation de l'agent de santé, de fournir une formation en cours d'emploi, une supervision et des aide-mémoires, ainsi que de créer des supports avec et pour les femmes vivant avec le VIH.
- Le fait d'ériger la non divulgation, l'exposition et la transmission en infractions entrave les femmes souhaitant avoir des relations sexuelles.

i. Contexte

Les considérations des femmes vivant avec le VIH autour de leur SDR évoluent au cours d'une vie. De nombreux programmes ayant trait à la SSR et au VIH mettent l'accent sur les femmes en âge de procréer. Les données relatives aux femmes ménopausées sont limitées. Tandis que certaines femmes atteignent la ménopause à un très jeune âge et ont besoin de services appropriés à ce moment-là, de nombreuses femmes revoient leurs priorités et leurs besoins en matière de santé sexuelle à un âge plus avancé, après leurs années de procréation. Dans les tranches d'âge supérieures, l'espérance de vie des femmes, y compris des femmes vivant avec le VIH, s'étant allongée, un plus grand nombre d'adultes âgés de plus de 50 ans acquièrent et vivent avec le virus. Ils auront besoin d'un soutien pour continuer à jouir d'une sexualité saine et prendre des décisions en matière de santé sexuelle.

ii. Obstacles

Les études se penchant sur les relations sexuelles et le vieillissement chez les personnes âgées de 50 ans et plus ont largement été menées sur des populations séronégatives pour le VIH. On sait peu de choses à propos de l'appui en faveur de la SDR des femmes plus âgées vivant avec le VIH, en particulier pour ce qui est de soutenir une sexualité saine. Les préjugés ou le manque de connaissances relatives à l'importance d'une sexualité épanouissante pour les femmes plus âgées peuvent avoir pour résultat des soins insuffisants. De la même façon, il convient de mener plus d'études sur les effets potentiels du VIH ou du traitement du VIH sur la ménopause. La stigmatisation autour du VIH, la divulgation, les préoccupations relatives à l'image corporelle et l'éventuelle perte de libido, entre autres, peuvent entraver les rapports humains et les pratiques sexuelles à moindre risque chez les femmes plus âgées vivant avec le VIH.

iii. Composantes d'un environnement favorable

Les services de SSR devraient appuyer une sexualité saine tout au long de la vie, notamment en proposant des services abordables et acceptables à toutes les femmes vivant avec le VIH, y compris les femmes plus âgées (65).

iv. Ensemble des moyens d'appréciation et des considérations relatifs aux nouvelles déclarations de bonnes pratiques

D'après les résultats de l'enquête GVPS et vu l'absence de travaux de recherche existants portant sur la sexualité saine et les femmes plus âgées vivant avec le VIH, le GDG a utilisé une revue systématique d'études ayant étudié l'association entre le vieillissement et les comportements sexuels ou les expériences d'intimité chez les femmes vivant avec le VIH (69). La revue n'a identifié que quatre études répondant au critère d'inclusion. De façon générale, ces études ont montré que bien que les femmes vivant avec le VIH vivent plus longtemps et demeurent actives sexuellement plus tard au cours de leur vie, elles continuent à se heurter à des obstacles les empêchant d'être actives sexuellement et d'établir des relations sexuelles saines.

Valeurs et préférences

Les femmes vivant avec le VIH – en particulier les femmes plus âgées ayant participé à l'enquête GVPS – ont exprimé leurs préoccupations au sujet de l'impact d'une vie avec le VIH et d'une observance à long terme d'un traitement antirétroviral (TAR) sur la ménopause. Elles ont également souligné le manque d'informations et de services de SDR à disposition des femmes ménopausées. Elles ont mentionné le besoin des femmes vivant avec le VIH de disposer d'informations et d'un soutien relatifs à la SDR à toutes les étapes de la vie, notamment : des informations au sujet de toute interaction potentielle ou connue entre le VIH/un TAR et la ménopause ; des soins et un conseil appropriés pour les femmes concernées par la ménopause ; et des mesures ayant trait à la formation, à la sensibilisation et à d'autres efforts visant à changer les comportements pour les médecins et d'autres agents de santé, afin qu'ils proposent aux femmes plus âgées des soins holistiques, centrés sur la femme et tenant compte du contexte culturel. Des conseils en matière de sexe et de relations humaines devraient être disponibles pour les femmes de tous âges, y compris pour les femmes lesbiennes, bisexuelles et transgenres (37).



3.2.3 Autonomisation économique et accès aux ressources

NOUVELLE déclaration de bonnes pratiques relative à la sécurité alimentaire

GPS A.3 : L'évaluation complète de la sécurité alimentaire liée à des services appropriés fait partie intégrante des soins destinés aux femmes vivant avec le VIH.

Remarques

- L'insécurité alimentaire constitue souvent une difficulté de taille pour les femmes vivant avec le VIH.
- Il existe d'autres obstacles importants liés aux ressources pour les femmes vivant avec le VIH, notamment le logement et un faible statut socioéconomique.
- Les programmes multidimensionnels visant à réduire la faim, la pauvreté, la malnutrition et l'insécurité alimentaire et pouvant renforcer les droits légaux et sociaux des femmes tout en leur fournissant une aide alimentaire et en leur permettant de produire des revenus devraient être considérés comme faisant partie de la riposte contre le VIH.
- L'accès aux aliments est important. On peut réaliser une intervention de coût relativement modique et utile en fournissant des informations sur les pratiques alimentaires durables. Cela doit s'accompagner d'informations relatives aux aliments qui sont bons pour les femmes vivant avec le VIH, à l'instar de ceux qui favorisent le maintien d'une bonne alimentation et d'un poids sain. Parmi les alternatives, citons l'amélioration de l'accès à une autonomisation économique globale et à des interventions et des services de protection sociale à l'appui de la sécurité alimentaire et d'autres besoins connexes, tels que le logement et l'indépendance financière. Il peut notamment s'agir de faire le lien entre les femmes vivant avec le VIH et des activités pouvant dégager des revenus.
- La collaboration multisectorielle est essentielle pour pouvoir fournir une trousse complète de soins de SSR en utilisant une approche fondée sur les droits de l'homme.
- Dans les zones présentant un degré élevé de pauvreté et d'insécurité alimentaire, il conviendra peut-être de proposer les mêmes liens vers les services au travers des établissements de soins à toutes les personnes, afin d'éviter les tensions entre les personnes vivant avec le VIH et les personnes qui ne vivent pas avec le virus, mais ont également besoin de nourriture, et afin d'éviter l'incitation à l'acquisition du VIH. Les mécanismes d'autonomisation financière et les services appuyant l'accès aux ressources devraient prendre en compte la situation globale de chaque femme vivant avec le VIH et l'orienter vers les services qui conviennent, selon que de besoin.

i. Contexte

Un statut positif pour le VIH peut être mis en lien avec l'insécurité en matière de subsistance, une pauvreté accrue, ainsi qu'un manque de ressources pour pallier aux besoins et aux dépenses essentiels. Cela ne fait qu'aggraver la vulnérabilité et les résultats insuffisants relatifs à la SDSR. C'est pourquoi les interventions axées sur l'autonomisation financière, la réduction de la pauvreté, et l'accès aux ressources, comme l'appui en matière de logement et d'alimentation, peuvent potentiellement renforcer le statut des femmes vivant avec le VIH au sein de leur famille, améliorer l'accès aux soins de santé et améliorer leurs résultats sanitaires. De la même façon, les obstacles juridiques associés au sexe ou à la situation de famille mettent un frein à l'acquisition de richesses par les femmes, en restreignant les droits liés à la propriété foncière, à la succession suite au décès de membres de la famille ou de partenaires, entre autres moyens. Les fragilités sur le plan socioéconomique peuvent compliquer l'exercice des droits sexuels et reproductifs des femmes vivant avec le VIH, par exemple dans les cas de figure où les femmes dépendent de partenaires violents ou maltraitants, ou de relations sexuelles de nature transactionnelle pour répondre à leurs besoins les plus élémentaires et/ou à ceux de leurs enfants.

ii. Obstacles

Les femmes vivant avec le VIH font état d'insécurité liée aux moyens de subsistance en raison d'un abandon, d'un veuvage, d'une perte d'emploi ou de revenus liée à la stigmatisation et à la discrimination sur le lieu de travail, de problèmes de santé mentale ou physique, de violence exercée par le partenaire intime et d'effets secondaires indésirables du traitement. La dépendance financière peut obliger les femmes vivant avec le VIH à demeurer dans des relations violentes et les dissuader d'accéder à un traitement, ce qui peut avoir une incidence négative sur leur santé mentale.

Le traitement du VIH peut renforcer la nécessité de la sécurité alimentaire, puisque les femmes vivant avec le VIH ont non seulement besoin d'avoir de quoi se nourrir et se maintenir en bonne santé, mais ont également besoin d'une alimentation leur permettant de mettre en route un TAR et de continuer à l'observer, tout en gérant les effets secondaires du traitement. Des études ont également montré que certaines femmes se livrent à des activités sexuelles de nature transactionnelle pour assurer leur accès à l'alimentation (61).

iii. Composantes d'un environnement favorable

Les interventions œuvrant en faveur d'une autonomie financière et juridique pourraient renforcer les compétences professionnelles, proposer des activités d'encadrement par les pairs, renforcer l'estime de soi, conférer un sentiment de solidarité et renforcer les capacités en matière de communication et de négociation avec les partenaires sexuels chez les femmes vivant avec le VIH. De telles interventions peuvent également renforcer les capacités des femmes à faire valoir leurs droits à la propriété et à l'héritage afin qu'elles ne dépendent plus des autres pour assurer leur sécurité alimentaire et financière.

iv. Ensemble des moyens d'appréciation et des considérations relatifs aux nouvelles déclarations de bonnes pratiques

Insécurité alimentaire

On entend par insécurité alimentaire le manque d'accès à une nutrition adéquate. L'insécurité alimentaire chez les personnes vivant avec le VIH a été associée à une plus grande vulnérabilité en matière de transmission du VIH, à une progression plus rapide de la maladie et à une suppression incomplète de la charge virale du VIH. Plusieurs études ont identifié l'insécurité alimentaire comme étant l'un des facteurs poussant les femmes à se livrer à des activités sexuelles de nature transactionnelle en échange de nourriture et/ou d'autres ressources, ou à s'engager dans le commerce du sexe. L'insécurité alimentaire fait partie des nombreux obstacles importants liés aux ressources pour les femmes vivant avec le VIH, notamment le logement et un faible statut socioéconomique. Le GDG a étudié la revue systématique des études portant sur l'impact de l'insécurité alimentaire sur les comportements sexuels à risque et l'observance du TAR chez les femmes vivant avec le VIH (70), qui a été effectuée dans le cadre de l'élaboration des présentes lignes directrices. La revue a identifié cinq études répondant aux critères d'inclusion, y compris les données qualitatives et quantitatives de l'Afrique et de l'Amérique du Nord issues de la littérature examinée par les pairs. Quatre grands thèmes en lien avec l'insécurité alimentaire ont été dégagés : le sexe comme moyen de survie (c'est-à-dire le travail du sexe et les relations sexuelles de nature transactionnelle) ; l'absence de contrôle dans les relations ; les obstacles à l'adoption et à l'observance d'un TAR ; l'observance du TAR et la santé des femmes.

Logement

Les services de logements peuvent également revêtir une importance particulière. Le logement peut améliorer la qualité de vie en créant un foyer sûr, un cadre sans danger pour les femmes qui tentent de s'extraire de relations violentes et un cadre dans lequel les femmes peuvent entreposer et prendre leurs médicaments, y compris un traitement antirétroviral. Le renforcement des droits à l'héritage et à la propriété pour les femmes veuves (en particulier lorsque cela est dû au VIH) peut également mener à des résultats bénéfiques similaires. Il est essentiel que l'aide alimentaire et d'autres services ne mènent pas à la stigmatisation des femmes vivant avec le VIH ou ne fassent pas courir aux femmes le risque d'une divulgation non intentionnelle de leur statut pour le VIH.

De plus en plus d'éléments démontrent le rôle de la protection sociale dans la riposte contre le VIH (71). Une protection sociale tenant compte du VIH n'implique pas de se concentrer exclusivement sur les personnes vivant avec le VIH ou touchées par le virus. En adoptant une approche qui prend en compte le VIH, on cherche à aider les personnes vivant avec le VIH ainsi que d'autres populations clés, afin de ne pas exclure des groupes qui tous sont insuffisamment desservis. La protection sociale a été définie comme étant « toute initiative publique et privée qui fournit aux personnes pauvres un revenu ou des transferts d'argent à des fins de consommation, protège les plus vulnérables contre les risques pour la subsistance et renforce le statut social et les droits des personnes marginalisées avec pour objectif principal la réduction de la précarité financière et sociale des groupes pauvres, vulnérables et marginalisés » (71).

L'autonomisation financière des personnes vivant avec le VIH pour répondre à leurs besoins élémentaires, y compris la nourriture, le logement et la nutrition, et augmenter l'efficacité du traitement du VIH pour une qualité de vie améliorée dans la durée sont des composantes clés d'une association typique d'instruments de protection sociale et d'instruments en lien avec le VIH (71).

Si le fait d'appuyer l'autonomisation et l'accès aux ressources peut conduire à une amélioration du bien-être à l'échelle individuelle, la pauvreté est liée au niveau structurel au VIH et aux défis rencontrés pour préserver le bien-être et la SDRS. Afin d'encourager la SDRS des femmes et des autres personnes vivant avec le VIH, les agents de santé devraient appuyer les mesures et les politiques et forger des coalitions avec les acteurs en matière de protection sociale afin de réduire la pauvreté et augmenter l'accès aux ressources.

Valeurs et préférences



Dans leurs réponses à l'enquête GVPS, les femmes vivant avec le VIH n'ont eu de cesse de souligner les problèmes posés par la pauvreté et la pression qui en résulte sur la santé mentale, physique et sexuelle. Le principal problème (cité par 67% des répondantes) était le manque d'opportunités professionnelles pour les femmes vivant avec le VIH. L'enquête a également révélé un certain nombre de problématiques liant l'insécurité financière à la SDSR des femmes vivant avec le VIH. Par exemple, la violence à l'encontre des femmes vivant avec le VIH – y compris la privation des droits liés à la propriété et à la succession dans le cas d'un veuvage – induit et exacerbe la pauvreté et la précarité financière : la dépendance économique peut obliger les femmes à subir une relation violente et fausser les rapports de force en matière de négociation et de prise de décision au sein de la relation, y compris en ce qui concerne le sexe et la grossesse. La stabilité financière influence également le choix des femmes vivant avec le VIH d'avoir ou non des enfants, et notamment leurs possibilités d'accéder à des services d'aide à la procréation privés et à des services d'avortement sécurisé privés. L'insécurité financière peut avoir un plus grand impact sur les femmes plus marginalisées vivant avec le VIH, comme les travailleuses du sexe et d'autres femmes très vulnérables. Il s'est avéré que la pauvreté représentait une préoccupation de taille pour les femmes vieillissant avec le VIH, en particulier pour les femmes sans enfant, veuves ou célibataires, ou les femmes n'ayant accès ni à un régime d'assurance, ni à une retraite. Les femmes demandent des soins de santé abordables, y compris en matière de dépistage, de conseil, de traitement et de soin du VIH, de SSR et de santé mentale. À cette fin, les répondantes ont souligné la nécessité : d'augmenter le nombre de centres de soins de santé proposant un traitement et des soins pour le VIH, ainsi que des services de SSR dans les zones rurales ; de garantir l'accès à un régime d'assurance maladie ; de proposer des traitements abordables pour les problèmes de stérilité ; et de veiller à ce que les coûts liés au transport et à la garde des enfants ne constituent pas un frein dans l'accès aux services. La nature transversale des difficultés rencontrées par les femmes vivant avec le VIH nécessite l'intervention d'équipes pluridisciplinaires, y compris des pairs agissant en tant que mentors, capables d'oeuvrer au sein de tous les secteurs pertinents pour les besoins liés au VIH (37).

3.2.4 intégration des services SDSR dans les services de prise en charge du VIH

Recommandations existantes relatives à l'intégration des services

REC A.2 : En situation d'épidémie généralisée, les traitements antirétroviraux (TAR) devraient être initiés et poursuivis chez la femme enceinte éligible ou en période post-partum et chez le nourrisson dans le contexte des soins de santé de la mère et de l'enfant, avec le cas échéant un lien et une orientation vers les soins VIH et le TAR en cours.

(recommandation forte, données de très faible qualité)

REC A.3 : La prise en charge des infections sexuellement transmissibles et les services de planification familiale peuvent être intégrés dans le cadre de la prise en charge du VIH.

(recommandation avec réserve, données de très faible qualité)

Recommandations existantes relatives à la décentralisation des services

REC A.4, A.5, A.6 : La décentralisation des traitements et soins concernant le VIH devrait être envisagée pour améliorer l'accès aux soins et la continuité des soins :

- **TAR initié à l'hôpital et poursuivi dans des établissements de soins**
(recommandation forte, données de faible qualité)
- **TAR initié et poursuivi dans des établissements périphériques**
(recommandation forte, données de faible qualité)
- **TAR initié dans des établissements périphériques et poursuivi au niveau communautaire**
(recommandation forte, données de qualité moyenne)

Recommandations existantes relatives au partage et à la redistribution des tâches

REC A.7 : Les non-professionnels formés et encadrés peuvent distribuer le TAR aux adultes, adolescents et enfants vivant avec le VIH.

(recommandation forte, données de faible qualité)

REC A.8 : Les agents de santé, sages-femmes et personnels infirmiers non médecins formés peuvent initier un TAR de première intention.

(recommandation forte, données de qualité moyenne)

REC A.9 : Les agents de santé, sages-femmes et personnels infirmiers non médecins formés peuvent poursuivre un TAR.

(recommandation forte, données de qualité moyenne)

REC A.10 : Les agents de santé communautaires formés et encadrés peuvent dispenser le TAR entre les visites périodiques à l'établissement de soins.

(recommandation forte, données de qualité moyenne)

Remarques

- Ces recommandations existantes sont tirées des *Lignes directrices unifiées* de l'OMS de 2016 relatives à l'utilisation de médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH : recommandations pour une approche de santé publique, deuxième édition (en français : Note d'orientation et résumé des recommandations uniquement) (7).
- Il est important de veiller à ce que les agents de santé disposent d'une formation adéquate, tel que souligné dans les lignes directrices, étant donné que leur activité est en lien avec des recommandations spécifiques aux femmes vivant avec le VIH.
- Vous trouverez de plus amples informations dans la publication d'origine (français : note d'orientation uniquement), disponible à l'adresse : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206448/1/9789241509893_fre.pdf?ua=1 (Anglais : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf)

NOUVELLE déclarations de bonnes pratiques relatives à l'intégration des services

GPS A.4 : Les femmes vivant avec le VIH devraient avoir accès à des services complets intégrés de santé sexuelle et reproductive* et de prise en charge du VIH adaptés à leurs besoins.

GPS A.5 : Les femmes vivant avec le VIH devraient être associées à la conception et à la prestation de ces services.

* Tels qu'ils sont définis dans la publication de 2004 de l'OMS *Stratégie pour accélérer les progrès en santé génésique en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux*, des services de SSR complets comprennent les éléments suivants : améliorer les soins prénatals, les soins lors de l'accouchement et du post-partum et les soins au nouveau-né ; dispenser des services de planification familiale de qualité, et notamment des services spécialisés dans les problèmes de stérilité ; éliminer les avortements non médicalisés ; combattre les infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH, les infections de l'appareil reproducteur, le cancer du col et d'autres pathologies gynécologiques ; et promouvoir la santé sexuelle (65).

Remarques

- Des résultats positifs ont pu être démontrés tant pour les modèles de soins in situ que pour les modèles d'intégration facilitant la redirection des patients. Le modèle d'intégration utilisé devrait donc être dicté par le système de soins et devrait réduire les obstacles à l'accès.
- Un éventail complet de services de planification familiale et d'IST peut être proposé régulièrement lors des soins de routine du VIH, plutôt qu'uniquement au moment du recrutement ou de la mise en route du traitement.
- Les besoins en matière d'intégration des services doivent tenir compte du contexte dans lequel s'inscrit la vie des femmes, y compris des services relatifs à la violence sexiste et à d'autres problèmes de santé.

i. Contexte

L'intégration des services de SSR dans les services de prise en charge du VIH peut permettre d'améliorer les résultats escomptés pour la SDRS des femmes. Une intégration de ce type admet qu'il est important de donner aux personnes les armes leur permettant de faire des choix en toute connaissance de cause au sujet de leur propre SSR et implique de reconnaître le rôle déterminant joué par la sexualité dans la vie des personnes (72).

Des services de planification familiale complets et fondés sur les droits sont le pilier d'une trousse intégrée de services de SSR et de VIH, qui permet aux femmes avec le VIH d'atteindre leurs objectifs de fécondité, y compris de pouvoir prévoir des grossesses plus sûres, espacer les grossesses désirées et prévenir les grossesses non désirées.

Une liste de l'ensemble des services essentiels de SDRS pour les femmes vivant avec le VIH figure dans l'encadré 3.2. La fourniture d'un TAR aux femmes vivant avec le VIH fait également partie d'une prise en charge clinique efficace du virus chez les femmes ayant besoin de services de planification familiale (7). Le renforcement de l'accès aux services ou de la qualité peut se révéler insuffisant pour améliorer les résultats sanitaires en l'absence d'un environnement favorable, sans danger et porteur, nécessitant l'inclusion de la détection et de la prise en charge de la violence sexiste et la prévention de la stigmatisation dans le cadre de la prestation de services de planification familiale. Il n'est jamais acceptable pour un prestataire de forcer une femme à empêcher une conception si tel n'est pas son souhait. Les femmes devraient recevoir des conseils au sujet de toutes les options de contraception ou permettant de planifier une grossesse sans danger, afin de bénéficier d'un soutien au moment de faire des choix volontaires. L'intégration des services de planification familiale dans les services de prise en charge du VIH est l'une des approches permettant de rendre ces deux types de services plus accessibles aux couples et aux femmes vivant avec le VIH.

L'importance des liens établis entre la SSR et le VIH et le sida est maintenant largement reconnue. Les perspectives sur les liens ont besoin de reposer sur une large assise en abordant non seulement le secteur de la santé et l'incidence directe sur la santé, mais aussi les déterminants structureux et sociaux qui ont un impact à la fois sur le VIH et la SSR. Il y a unanimité dans le monde sur la nécessité d'établir des liens effectifs entre les ripostes dans le domaine du VIH et de la SSR, y compris les recommandations d'actions spécifiques au niveau de la politique, des systèmes et des services (73).

Encadré 3.2 : Ensemble des services essentiels de SDRS pour les femmes vivant avec le VIH

- Information et conseil pour appuyer le droit des femmes de prendre des décisions relatives à la reproduction, notamment la planification des grossesses désirées et la prévention des grossesses non désirées
- Prise en charge clinique efficace du VIH dans le but d'améliorer la santé, indépendamment de l'intention de grossesse
- Conseil et services de planification familiale basés sur les droits, y compris pour les moyens contraceptifs et les services et le dépistage liés à la stérilité
- Dépistage et prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST)
- Riposte contre la violence sexiste
- Un environnement sans stigmatisation et discrimination.

Source : L'Équipe de travail inter-institutions sur la prévention et le traitement de l'infection à VIH chez les femmes enceintes, les mères et leurs enfants, 2012 (74).

ii. Obstacles

Les femmes vivant avec le VIH qui cherchent à recevoir des soins pour le VIH peuvent ne pas avoir accès ou ne pas pouvoir utiliser les services en matière de SSR de façon régulière en raison des obstacles, parmi lesquels le manque de sensibilisation, la distance, les délais, la discrimination, la violence sexiste, entre autres. Cela peut mener à une augmentation des résultats négatifs en SSR, y compris des grossesses non prévues, non désirées ou trop rapprochées, des IST non traitées, entre autres. La nature verticale des services pour le VIH dans de nombreux pays peut faire obstacle à la fourniture de méthodes de planification familiale dans des structures axées sur le VIH en raison du manque de formation ou de compétences des professionnels de la santé, d'un manque d'approvisionnement ou de l'absence de systèmes d'information sanitaire pour relier les services.

iii. Composantes d'un environnement favorable

est indispensable d'assurer l'accès à un éventail de choix complets de services de SDRS et de veiller à ce qu'ils soient fournis dans un environnement respectueux et constituant un soutien si l'on veut des résultats SDRS optimaux pour les femmes vivant avec le VIH. Les établissements de soins peuvent instaurer un environnement favorable à l'appui d'une SSR satisfaisante.

iv. Ensemble des moyens d'appréciation et des considérations relatifs aux nouvelles déclarations de bonnes pratiques

Tandis que l'intégration du VIH dans les services de SSR (6) faisait partie des directives précédentes de l'OMS, dans le cadre de l'élaboration des présentes lignes directrices, deux revues ont été menées afin, d'une part, de définir les différents modèles d'intégration des services de SSR (IST et services de planification familiale, respectivement) dans le traitement du VIH ayant été évalués à l'aide d'un groupe de comparaison, et, d'autre part, de synthétiser les données probantes relatives à leur incidence positive ou négative. Dans le cadre de ces deux revues, l'intégration de la SSR dans les soins du VIH a été abordée à l'échelon de la fourniture de services, et non à l'échelle des politiques ou à d'autres

niveaux. Les services de santé en matière de SSR et de VIH pourraient englober (i) les services IST, comme le dépistage, le traitement et la prise en charge syndromique des IST ; (ii) les services de planification familiale, notamment l'information, l'éducation, la communication (IEC), la communication pour le changement de comportements (BCC), le conseil et l'évaluation ; et/ou (iii) la fourniture de produits, soit in situ, soit à travers une orientation. Les revues comportaient une large palette de résultats. Dans la revue portant sur l'intégration des services de planification familiale et de VIH (75), les principaux résultats présentés par les études examinées comprenaient des changements au niveau des besoins non couverts en matière de planification familiale, l'utilisation de méthodes contraceptives modernes, le recours à des méthodes plus efficaces, l'utilisation d'une double méthode moderne avec préservatif, l'utilisation de tout contraceptif et les taux de grossesses non désirées. Parmi les résultats secondaires figuraient les connaissances relatives aux méthodes contraceptives et les attitudes face à leur utilisation, le rapport coût-efficacité et la satisfaction de la clientèle vis-à-vis des services. Les méthodes de contraception modernes incluaient les contraceptifs hormonaux injectables, les contraceptifs oraux (pilule), les dispositifs intra-utérin (DIU), les implants, la stérilisation féminine ou masculine et l'utilisation systématique de préservatifs féminins ou masculins. Toutes les méthodes de contraception modernes à l'exception des préservatifs comptent parmi les méthodes contraceptives dites « plus efficaces ». Dans la revue portant sur l'intégration des services d'IST dans la prise en charge du VIH (76), les résultats comprenaient le recours à des services IST, (réinfection), la satisfaction de la clientèle et la qualité des services, ainsi que les connaissances et les attitudes du prestataire au sujet des services d'IST pour les femmes vivant avec le VIH.

En se fondant sur l'examen des données probantes, le GDG est parvenu à un consensus sur les nouvelles déclarations de bonnes pratiques GPS A.4 et GPS A.5.

Les soins de santé destinés aux filles et aux femmes vivant avec le VIH, y compris celles qui sont issues des populations clés touchées, devraient être accessibles, abordables et disponibles, et aller de pair avec la fourniture de services de SSR intégrés. Les services doivent faire respecter les droits fondamentaux des femmes vivant avec le VIH dans l'intégration et la fourniture des services afin de veiller à ce que leur consentement éclairé soit respecté, à ce que l'on leur propose un éventail complet d'options en matière de TAR, et à ce qu'elles ne soient pas soumises à une interruption de grossesse forcée, à une stérilisation forcée ou à des pressions pour entamer un traitement (77).

Des considérations spéciales à l'égard de la SDR des jeunes femmes vivant avec le VIH qui consomment des drogues par injection figurent dans l'encadré 3.3.

Encadré 3.3 : Considérations spéciales à l'égard de la SDR des jeunes femmes vivant avec le VIH qui consomment des drogues par injection

Intégration et accès aux services :

- Le fait que les services pour la tuberculose, le VIH, l'hépatite virale, la SSR et pour d'autres aspects de la réduction des risques soient fournis séparément complique l'accès des jeunes qui consomment des drogues par injection à des soins répondant à tous leurs besoins (78).
- Ainsi que l'a montré la consultation avec Youth RISE, les jeunes femmes qui consomment des drogues par injection au Kirghizistan ont déclaré que les services de SSR étaient importants pour elles, mais qu'elles se sentaient stigmatisées lorsqu'elles y accédaient (78).
- Les femmes enceintes qui consomment des drogues par injection ont moins de chances d'avoir accès à des soins prénatals et à des services de prévention de la transmission périnatale du VIH que les femmes enceintes qui ne consomment pas de drogues par injection. Le risque qu'elles transmettent le VIH à leurs nouveau-nés est donc plus élevé (79).
- Les mauvaises expériences avec les services de santé – les préjugés des prestataires, les attitudes irrespectueuses envers les jeunes ou la perception d'une absence d'intimité et de confidentialité, par exemple – dissuadent les jeunes qui consomment des drogues par injection de s'adresser aux services dont ils ont besoin. Dans certains pays, les jeunes, en particulier les filles et les jeunes femmes, ont plus de difficultés à accéder à des services de SSR en raison du climat social conservateur.

Principales considérations pour les services destinés aux jeunes adolescents qui consomment des drogues par injection :

- L'intérêt supérieur des enfants et des jeunes adolescents doit être une considération primordiale lors de l'élaboration et de la fourniture de tous les programmes et services destinés aux enfants qui consomment des drogues par injection (cela inclut les services pour le VIH et la SSR), conformément à la Convention relative aux droits de l'enfant (80 ; Article 1) et à d'autres instruments internationaux pertinents.

Valeurs et préférences



Les femmes vivant avec le VIH ayant participé à l'enquête GVPS ont souligné que les soins de santé destinés aux filles et aux femmes vivant avec le VIH devaient être accessibles, abordables et disponibles, et que les services de SSR devaient être intégrés. Les femmes ayant répondu ont fait état de mauvaises expériences relatives au choix du contraceptif : les prestataires de services ont déclaré à bon nombre d'entre elles qu'elles ne devaient utiliser que des préservatifs ; d'autres femmes ont été contraintes ou forcées d'utiliser des méthodes contraceptives à action prolongée ou permanentes. En outre, ces méthodes sont parfois présentées comme une condition pour recevoir d'autres services, comme l'avortement sécurisé et des soins après l'avortement ou un TAR. De plus, seule la moitié des femmes interrogées environ ont déclaré avoir reçu un soutien pratique pour une conception sans danger ou pour concrétiser leur désir en matière de reproduction, et ce malgré le fait que ce type de sujet est abordé 70% du temps lors des entrevues avec les agents de santé. Les expériences de violence ont également été signalées au nombre des obstacles à des résultats de SDRS optimaux.

Les femmes vivant avec le VIH ont déclaré que des soins et un appui compassionnels, holistiques, et sans réserve, ainsi que la possibilité de faire des choix éclairés devraient être offerts à toutes les femmes vivant avec le VIH dans le cadre des services relatifs aux désirs de grossesse et de fécondité et à la jouissance d'une sexualité saine. Les répondantes à l'enquête ont évoqué la nécessité de « normaliser » la grossesse et l'accouchement chez les femmes vivant avec le VIH – ainsi que le droit à des relations sexuelles et au mariage – au niveau des services de santé et au sein de la communauté dans son ensemble, afin que cela ne soit plus perçu comme déviant ou dangereux. Les femmes veulent pouvoir choisir si et quand elles divulguent leur statut à leurs partenaires, et demandent à être soutenues si et lorsqu'elles décident de le faire.

Les femmes vivant avec le VIH ont recommandé l'apprentissage par les pairs, le partage et les activités de conseil pour permettre l'accès à l'information, la formation et la sensibilisation en matière de risques (propagation), de sécurité et de plaisir sexuel (pour elles-mêmes et leurs partenaires), ainsi que la promotion de la confiance en soi et de l'acceptation de soi. Les femmes vivant avec le VIH ont besoin d'avoir accès aux préservatifs masculins et féminins, aux lubrifiants et à d'autres produits permettant d'améliorer la sexualité sans danger, et ont besoin de savoir comment négocier leur utilisation (37).

3.2.5 Protection contre la violence et sécurité

Recommandations existantes relatives à la protection contre la violence et à la sécurité

REC A.11 : Un soutien immédiat devrait être offert aux femmes lors de la divulgation de toute forme d'acte de violence commis par le partenaire intime (ou un autre membre de la famille) ou d'agression sexuelle quel qu'en soit l'auteur. Les prestataires de soins devraient au minimum apporter un soutien en première ligne* lors de la divulgation d'un acte de violence par la femme qui en a été victime. S'ils ne sont pas en mesure d'apporter un tel soutien, ils devraient veiller à ce que quelqu'un d'autre (dans l'établissement de soins ou une autre personne facilement accessible) soit immédiatement disponible pour le faire.

(Recommandation forte, données indirectes)

* Remarque : Le soutien de première intention revient notamment à :

- ne pas porter de jugement, réconforter et reconnaître la validité du récit de la femme
- dispenser des soins et un soutien pratiques qui répondent à ses préoccupations mais ne constituent pas une ingérence
- l'interroger sur ses antécédents de violence, l'écouter attentivement, sans la forcer à parler (des précautions doivent être prises lorsque des sujets sensibles sont abordés en présence d'interprètes)
- fournir des informations concernant les ressources, et notamment les services juridiques et autres qu'elle pourrait juger utiles
- l'aider, en cas de besoin, à renforcer sa sécurité et celle de ses enfants
- fournir ou mobiliser un soutien social.

Les prestataires devraient veiller à ce que :

- la consultation se déroule en privé
- la confidentialité soit préservée, tout en informant les femmes des limites de la confidentialité (par exemple si la déclaration est obligatoire) (81).

Recommandations existantes relatives à la protection contre la violence et à la sécurité (suite)

REC A.12 : Les prestataires de soins devraient poser des questions sur l'exposition à la violence du partenaire intime quand ils évaluent les affections qui en résultent ou sont exacerbées, afin d'améliorer le diagnostic/dépistage et les soins ultérieurs.**

(Recommandation forte, données indirectes)

** Remarque : Exemples d'affections cliniques associées à la violence entre partenaires intimes :

- Symptômes de dépression, d'anxiété, de trouble de stress post-traumatique, de troubles du sommeil
- Conduites suicidaires ou autodestructrices
- Consommation d'alcool et d'autres drogues
- Symptômes gastro-intestinaux chroniques inexplicables
- Symptômes génésiques inexplicables et notamment douleurs pelviennes, troubles sexuels
- Issues génésiques défavorables, et notamment plusieurs grossesses non planifiées et/ou fausses couches, recours tardif aux soins prénatals, mortinaissances
- Symptômes génito-urinaires inexplicables, et notamment infections fréquentes des reins et de la vessie
- Saignements vaginaux répétés et infections sexuellement transmissibles
- Douleurs chroniques (inexpliquées)
- Blessures traumatiques, en particulier si répétées et assorties d'explications vagues ou peu plausibles
- Problèmes liés au système nerveux central – céphalées, problèmes cognitifs, perte auditive
- Consultations de santé répétées sans diagnostic clair
- Ingérence du partenaire ou de l'époux pendant les consultations (81).

REC A.13 : Les prestataires de soins (médecins, personnels infirmiers et sages-femmes notamment) devraient recevoir une formation en cours d'emploi et une formation avant le niveau du diplôme concernant le soutien à apporter en première ligne aux femmes victimes d'actes de violence commis par le partenaire intime ou d'agressions sexuelles.

(recommandation forte, données de très faible qualité)

REC A.14 : Lors de la divulgation d'actes de violence commis par le partenaire intime, les femmes enceintes devraient bénéficier de conseils à moyen terme (jusqu'à 12 séances) en matière d'autonomisation et d'un soutien et de recommandations concernant notamment leur sécurité, assurés par des prestataires qualifiés si le système de santé est en mesure d'offrir un tel service. La mesure dans laquelle cette recommandation peut s'appliquer en dehors des soins prénatals ou dans des pays à revenu faible ou intermédiaire reste incertaine.

(Recommandation avec réserve, données de faible qualité)

REC A.15 : Les soins aux femmes victimes d'actes de violence commis par le partenaire intime ou d'agressions sexuelles devraient être intégrés aux services de santé existants dans la mesure du possible au lieu d'être fournis par un service indépendant.

(recommandation forte, données de très faible qualité)

REC A.16 : Il n'est pas recommandé que les prestataires de soins soient tenus d'informer la police d'actes de violence commis par un partenaire intime. Ils devraient cependant proposer d'informer les autorités compétentes (y compris la police) lorsque telle est la volonté de la victime et que celle-ci est consciente de ses droits.

(recommandation forte, données de très faible qualité)

Remarques

- Les recommandations existantes utilisées dans les présentes directives ont été tirées de la publication de 2013 de l'OMS intitulée *Lutter contre la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle à l'encontre des femmes : recommandations cliniques et politiques* (en français : Résumé d'orientation uniquement) (81).
- Pour de plus amples informations au sujet des recommandations existantes ci-dessus, veuillez consulter le document original, disponible à l'adresse : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf (résumé d'orientation en français : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/88186/1/WHO_RHR_13.10_fre.pdf?ua=1)

Déclarations de bonnes pratiques existantes relatives à la protection contre la violence et la sécurité

GPS A.6 : La violence à l'égard de personnes appartenant à des groupes clés devrait être évitée et le problème traité en partenariat avec les organisations de ces groupes. Les actes de violence contre de telles personnes devraient être surveillés et signalés et des dispositifs mis en place pour rendre justice.

GPS A.7 : Des services de santé et d'autres services de soutien devraient être offerts à toute victime d'actes de violence appartenant à un groupe clé. En particulier, les victimes de sévices sexuels devraient avoir rapidement accès à des soins complets après un viol, conformément aux lignes directrices de l'OMS.

GPS A.8 : Les agents chargés de faire appliquer la loi et les prestataires de soins de santé et de l'aide sociale devraient être formés à reconnaître et à défendre les droits humains des différents groupes clés et être poursuivis en cas de violation de ces droits, y compris en cas d'actes de violence.

Remarques

- Les déclarations de bonnes pratiques existantes utilisées dans les présentes directives ont été tirées de la publication de l'OMS intitulée *Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés – mise à jour de 2016 (10)*.
- Les femmes vivant avec le VIH appartiennent aux populations clés.
- Pour de plus amples informations au sujet de toutes les déclarations de bonnes pratiques existantes ci-dessus, veuillez consulter le document original, disponible à l'adresse : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246217/1/9789290312222-fre.pdf?ua=1>

i. Contexte

La violence à l'encontre des femmes vivant avec le VIH peut prendre différentes formes, notamment des souffrances physiques, psychologiques ou sexuelles et des comportements autoritaires ou tyranniques de la part du partenaire intime (60). Des études semblent montrer que la violence est étroitement associée au VIH ; il existe une interaction entre la violence et le VIH, entraînant de nombreuses issues négatives. Ce qui est surtout important dans le cadre de ces lignes directrices, c'est que la violence peut être associée au statut positif d'une femme pour le VIH (82). Selon des estimations de l'OMS, les femmes vivant avec le VIH ont au moins 1,5 fois de chances d'être victimes de violences par rapport aux autres femmes, ce qui pourrait s'expliquer par le fait que la violence a précédé l'acquisition du VIH ou par le fait que l'acquisition du VIH et la divulgation ont donné lieu à des actes de violence (83). De plus, les taux enregistrés de violence à l'encontre des travailleuses du sexe et des femmes transgenres vivant avec le VIH sont élevés (10), et il y a de grandes chances que ces taux soient sous-évalués, notamment dans des zones où certains comportements ou certaines populations sont illégaux, ou – dans le cas des personnes transgenres – là où les protections juridiques sont absentes. La violence peut également entraver la capacité d'une femme vivant avec le VIH à prendre et appliquer des décisions améliorant sa santé dans le cadre de sa vie sexuelle et reproductive, ou son accès et son recours à des services de SSR et de VIH, y compris le TAR, ou encore son observance des schémas de traitement. En outre, les incidences psychologiques négatives de la violence peuvent bloquer les mécanismes d'auto-prise en charge en matière de santé (82). La violence peut également survenir dans les structures de soins de santé, notamment au travers des agressions physiques dont les femmes vivant avec le VIH sont victimes, des comportements agressifs des agents de santé et de la violence institutionnelle, comme la stérilisation forcée ou l'exclusion d'autres services de soins de santé désirés, comme par exemple des services d'appui en matière de fécondité.

Lors de la réunion de cadrage de janvier 2015, le GDG a décidé d'examiner les questions spécifiques à la violence et liées à la divulgation sans danger (voir REC B.4–B.10, présentées au Chapitre 4, section 4.2.1), mais a en revanche décidé de ne pas passer en revue les autres recommandations existantes relatives à des sujets connexes, étant donné qu'elles sont à jour et demeurent pertinentes. Les recommandations clés (REC A.11–A.16) et les déclarations de bonnes pratiques (GPS A.6–A.8) existantes permettant d'instaurer un climat de sécurité pour les femmes vivant avec le VIH figurent dans les encadrés se trouvant au début de la sous-section. D'autres recommandations et orientations connexes sont disponibles dans les documents de référence.

ii. Obstacles

La violence à l'encontre des femmes vivant avec le VIH se nourrit des rapports de force inégaux entre les hommes et les femmes, ainsi que des préjugés et de la discrimination envers les femmes vivant avec le VIH et les femmes émanant d'autres populations clés touchées. Il existe également de nombreux autres facteurs structurels ayant une influence sur la vulnérabilité à la violence, notamment les lois et les pratiques policières discriminatoires ou sévères,

ainsi que les normes sociales et culturelles qui légitiment la stigmatisation et la discrimination (10, 60). Sur le plan interpersonnel, les femmes vivant avec le VIH sont victimes de violence de la part de leurs partenaires intimes ou des membres de leur famille au moment où elles divulguent leur statut pour le VIH (voir également la section 4.2.1), et de violences de la part des agents de santé, notamment au travers de comportements et d'attitudes menaçants et de stérilisation forcée (84).

iii. Composantes d'un environnement favorable

Les efforts visant à résoudre le problème de la violence à l'encontre des femmes vivant avec le VIH doivent compter avec la participation d'autres secteurs, outre celle du secteur de la santé. Ensemble, ces différents secteurs doivent instaurer un environnement favorable afin d'encourager la sécurité et le bien-être sur les plans physique, sexuel et émotionnel. Parmi les éléments essentiels d'un environnement favorable, il convient de mentionner : les mécanismes relatifs à la documentation et au suivi de la violence ; les formations dispensées aux femmes vivant avec le VIH, aux professionnels de la santé et à d'autres acteurs afin qu'ils comprennent leurs droits fondamentaux ; le renforcement de la reddition de compte des personnes chargées d'appliquer la loi et des agents de santé afin de prévenir la violence et les violations des droits de l'homme et y riposter ; et les interventions axées sur les éléments structurels qui favorisent la violence, comme les inégalités entre les sexes en matière de prise de décisions et d'accès aux ressources, les normes sociales, les lois et les politiques injustes, ainsi que la stigmatisation et la discrimination (84). Dans certains contextes, la violence est omniprésente pour bon nombre de femmes. Si des mesures appropriées autour de la violence peuvent permettre d'améliorer la SDSR de toutes les femmes, une attention toute particulière doit être accordée aux femmes pouvant être exposées à la stigmatisation et à l'exclusion, y compris les femmes vivant avec le VIH, ainsi que les femmes lesbiennes, bisexuelles et transgenres, les femmes qui consomment des drogues et les travailleuses du sexe.

Les interventions visant à instaurer la sécurité pour les femmes vivant avec le VIH, et donc à renforcer et par conséquent à améliorer leur SSR et la réalisation de leurs droits doivent aller de pair avec certaines valeurs fondamentales. Les éléments suivants peuvent venir appuyer l'instauration d'un environnement favorable à la sécurité des femmes vivant avec le VIH :

- adopter une approche fondée sur les droits humains ;
- mettre la sécurité des femmes en priorité et veiller au respect de la confidentialité ;
- veiller à ce que, au minimum, les efforts ne causent pas de tort – autrement dit, que ces efforts prennent en considération et préviennent tout retour de bâton pouvant découler d'une confrontation avec les partenaires, les familles et les communautés des femmes au sujet de la violence perpétrée ;
- promouvoir l'égalité entre les sexes ;
- traiter chacun avec respect ; et
- faciliter l'entière participation des femmes vivant avec le VIH aux efforts visant à mettre fin à la violence et à instaurer la sécurité (84).

Prévention de la violence à l'encontre des femmes vivant avec le VIH

Il est vital de prévenir la violence à l'encontre des femmes vivant avec le VIH et de favoriser la sécurité à chaque fois que cela est possible, tout comme pour toutes les autres femmes. Cela signifie notamment qu'il faut mettre en œuvre des interventions communautaires pour transformer les normes en matière de genre ; organiser des formations pour les agents de santé sur les problématiques économiques et sexuelles et le VIH ; promouvoir les lois et les politiques en faveur de l'autonomisation des femmes ; et intégrer des entretiens de motivation et des interventions en matière de conseil aux efforts de réduction des risques de VIH, de dépistage et de conseil (voir encadré 3.4) (84).

Les réformes législatives et politiques jouent un rôle dans l'amélioration de la protection des droits et de la sécurité de toutes les femmes, y compris les femmes vivant avec le VIH dans toute leur diversité. Elles portent notamment :

- sur les activités de plaidoyer permettant de sensibiliser davantage aux mécanismes de signalement et aux mesures disciplinaires ;
- sur l'organisation d'ateliers pour les personnes jouant un rôle primordial au sein de la communauté (par exemple les représentants officiels du gouvernement, de la police, des médias, des agents de santé et des guides religieux) ;
- sur la création d'espaces sûrs ;
- sur la mise au point de mécanismes d'alerte précoce et d'intervention rapide avec la participation des femmes vivant avec le VIH, des professionnels de la santé et des représentants des forces de l'ordre.

L'intégration des représentants de la communauté dans ces efforts peut également permettre de créer des canaux de communication chez les femmes vivant avec le VIH, les fonctionnaires et la police (10). Malheureusement, les pratiques en matière d'application de la loi peuvent augmenter le risque de violence dont les femmes vivant avec le VIH font l'objet, en particulier pour celles qui participent à des activités illégales ou qui peuvent mener à des sanctions légales, comme le travail du sexe ou la consommation de drogues. En effet, les membres des services de police peuvent eux-mêmes être les auteurs d'actes de violence. La collaboration avec les agents du maintien de l'ordre peut notamment inclure une formation de sensibilisation aux droits fondamentaux des femmes vivant avec le VIH, ainsi que la promotion de la responsabilisation pour une application de la loi fondée sur les droits (10).

Dans le contexte de ces lignes directrices, destinées au secteur de la santé, il convient de s'attaquer au manque de respect et aux situations d'abus des femmes vivant avec le VIH au travers de stratégies d'élimination de la violence sous toutes ses formes.

Encadré 3.4 : Lutter contre la violence envers les femmes dans le contexte de l'épidémie de VIH : un outil programmatique

Pour plus de pistes spécifiques sur les façons de renforcer un environnement amélioré au travers de la lutte contre la violence, veuillez vous référer à l'outil programmatique suivant (en anglais uniquement) : *16 Ideas for addressing violence against women in the context of the HIV epidemic* (84). Il présente des pistes pour :

- l'intégration des services traitant de la violence à l'encontre des femmes et des services pour le VIH
- l'autonomisation des femmes
- la transformation des normes culturelles et sociales
- la promotion et la mise en œuvre de lois et de politiques.

Appui pour les personnes victimes de violence

Toutes les femmes vivant avec le VIH qui font l'expérience soit de la violence sexuelle, soit de la violence exercée par le partenaire intime et qui révèlent cela à un prestataire de soins dans le cadre de services de SSR ou de VIH devraient recevoir un traitement de première intention conforme aux lignes directrices de l'OMS relatives à la lutte contre la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle à l'encontre des femmes (81). En outre, les femmes victimes d'agression sexuelle devraient recevoir des services post-viol, notamment : une contraception d'urgence ; un avortement sécurisé et des soins post-avortement tels que nécessaires et dans toute la mesure permise par la loi ; une prophylaxie post-exposition (PPE) pour prévenir l'infection à VIH et un dépistage ou un test, ainsi qu'un traitement pour les IST ; un vaccin contre l'hépatite B ; et des soins et un soutien sur le plan psychosocial. Lorsque c'est nécessaire, elles devraient être orientées vers/recevoir des soins médico-légaux, y compris un examen médico-légal, conformément aux lignes directrices de l'OMS (85, 86).

Dans les services de dépistage et de conseil liés au VIH, et en particulier pour les femmes dont le résultat est positif, les agents de santé devraient les interroger au sujet de leurs risque d'être victimes de violence de la part du partenaire intime. Celles qui révèlent faire l'objet de telles violences devraient être traitées pour leurs besoins cliniques les plus immédiats, y compris d'éventuelles lésions, recevoir un soutien de première intention et un appui psychologique, faire l'objet d'une évaluation de leur état de santé mental, et recevoir des soins de santé mentale conformément aux directives cliniques et politiques de l'OMS en matière de lutte contre la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle à l'encontre des femmes (81) et aux recommandations du Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale (mhGAP) (87).

Il est également important de surveiller et de consigner les incidents violents, tant pour recueillir des preuves à des fins de plaidoyer que pour orienter l'élaboration des programmes. Le fait de documenter les niveaux de violence dont les femmes vivant avec le VIH sont témoins représente souvent un premier pas vers une réelle prise de conscience. De telles violences doivent être attestées de façon éthique, avec le consentement des femmes et avec précaution, afin de préserver la confidentialité et ne pas risquer de mettre les femmes en péril.

Valeurs et préférences



La principale conclusion significative de l'enquête GVPS était que les femmes vivant avec le VIH sont exposées à des niveaux de violence élevés – que beaucoup d'entre elles ont qualifié d' « intolérables ». La grande majorité des répondantes à l'enquête, soit 89%, ont déclaré avoir subi des violences ou craint la violence dans un ou plusieurs contextes avant, depuis ou en raison de leur diagnostic. Le diagnostic du VIH a souvent un effet déclencheur sur la violence exercée par un partenaire intime et/ou la famille et les membres de la communauté et expose également les femmes à de nouveaux « sites » de violence, notamment au sein des structures de soins de santé. L'enquête a révélé des épisodes fréquents de violence et de violations des droits de l'homme parmi les femmes vivant avec le VIH au sein des établissements de soins de santé. Il s'agissait notamment de violations de la confidentialité, les agents de santé ayant divulgué le statut positif pour le VIH d'une femme, ou les femmes ayant été forcées à la divulgation, en particulier dans le cadre de soins prénatals. Les incidents de ce type constituent une violation des droits en soi et font de surcroît courir aux femmes le risque de violence exercée par le partenaire intime/de violence domestique. Les femmes ont également moins accès aux services de SSR, y compris la contraception, les soins maternels et obstétricaux, les traitements de l'infertilité et les services d'adoption. De nombreuses femmes ayant participé à l'enquête ont signalé un appui limité ou nul pour la violence subie, et/ou une « victimisation secondaire » ou une culpabilisation lorsqu'elles tentaient d'avoir accès à des services d'appui ou de réparation.

Les participantes à l'enquête ont déclaré que la sécurité pour les femmes vivant avec le VIH, y compris celles des populations clés touchées, était primordiale et devait être intégrée à travers tous les systèmes et structures de riposte au VIH, y compris les politiques et les lignes directrices. Plus précisément, ces femmes ont plaidé pour :

- un environnement juridique protecteur, une autonomisation économique et une sécurité financière ;
- une conscience accrue de leurs droits et des différentes formes de violence sexiste, afin qu'elles soient en mesure d'identifier, de nommer et de dénoncer la violence lorsqu'elle survient ;
- une meilleure sensibilisation des agents de santé et des représentants des forces de l'ordre aux droits des femmes vivant avec le VIH ;
- un meilleur accès à des services d'appui de bonne qualité pour toutes les femmes victimes de violence sexiste ;
- des mécanismes de plainte et de recours efficaces ;
- une réduction de la stigmatisation et une protection des droits fondamentaux au sein des services de santé, y compris pour les femmes vivant avec le VIH qui appartiennent à des populations clés touchées ou vulnérables (voir également la section 3.2.6) ;
- qu'il soit mis un terme aux violations des droits fondamentaux, notamment le dépistage obligatoire, la divulgation non consentie, et les stérilisations forcées/sous la contrainte ;
- que le personnel de santé dépasse les frontières des cliniques afin d'encourager et de proposer des liens avec des programmes à assise communautaire ;
- un appui dans la lutte contre la violence interpersonnelle ; et
- des alternatives en matière de traitement et d'appui, par exemple des refuges, des activités pouvant dégager des revenus, entre autres (37).

3.2.6 Inclusion et acceptation sociales

Déclaration de bonne pratique existante relative aux politiques protectrices et luttant contre la stigmatisation et la discrimination

GPS A.9 : Les responsables de l'élaboration des politiques, députés et autres dirigeants de la santé publique devraient œuvrer avec les organisations de la société civile pour surveiller la stigmatisation, combattre la discrimination dont sont victimes des groupes clés et modifier les sanctions prévues par la loi et les normes sociales.

Remarques

- Cette déclaration de bonne pratique existante utilisée dans les présentes directives a été tirée de la publication de l'OMS intitulée *Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés – mise à jour de 2016 (10)*.
- En outre, il convient de noter un « facteur d'encouragement essentiel » : « Les pays devraient travailler à la mise en œuvre et l'application des lois antidiscriminatoires et de protection, dérivées des standards des droits de l'homme, afin d'éliminer la stigmatisation, la discrimination et la violence contre les membres des populations clés » (10).
- Pour de plus amples informations au sujet de la déclaration de bonne pratique existante ci-dessus, veuillez consulter le document original, disponible à l'adresse : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246217/1/9789290312222-fre.pdf?ua=1>

Déclarations de bonnes pratiques existantes relatives à la fourniture de services accueillants

GPS A.10 : Les agents de santé devraient recevoir régulièrement des cours de formation et de sensibilisation afin d'assurer qu'ils aient les compétences, les connaissances et la compréhension nécessaires pour dispenser leurs services aux adultes et adolescents appartenant à des groupes clés sur la base du droit de chacun à la santé, à la confidentialité et à la non-discrimination.

GPS A.11 : Il est recommandé de faire en sorte que chacun, y compris les adolescents, puissent avoir accès à la contraception à un prix abordable et que la législation et les politiques appuient l'accès des groupes défavorisés et marginaux à la contraception.

Remarques

- Ces déclarations de bonnes pratiques existantes utilisées dans les présentes directives ont été tirées de la publication de l'OMS intitulée *Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés – mise à jour de 2016 (10)*.
- Les femmes vivant avec le VIH appartiennent aux populations clés.
- Vous trouverez de plus amples informations dans la publication d'origine, disponible à l'adresse : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246217/1/9789290312222-fre.pdf?ua=1>

i. Contexte

Les femmes vivant avec le VIH sont souvent exposées à la violence et/ou à la crainte de la violence, qui se présente sous la forme de stigmatisation, de discrimination et d'attitudes négatives de la part de leur famille, de leurs communautés et des professionnels de la santé. Ce type de stigmatisation est répandu au sein de nombreuses communautés de professionnels de la santé, des établissements de soins de santé et des services chargés d'appliquer la loi. Bien souvent, ces stigmatisations et discriminations persistent en raison de l'impunité due à l'absence de législation et de politiques nationales de lutte contre la discrimination et/ou aux lois qui criminalisent certains comportements, actions ou événements et les sanctionnent, tels que les relations sexuelles entre des adultes consentants de même sexe, la consommation personnelle de drogues, le travail du sexe, ainsi que la transmission du VIH ou l'exposition au virus.

ii. Obstacles

Les effets de ce type de stigmatisation et discrimination en lien avec le VIH à l'encontre des femmes vivant avec le virus peuvent être un recours insuffisant aux services de SSR et de VIH, ainsi que des difficultés en matière d'observance du TAR (88, 89).

Bien que la stigmatisation se manifeste souvent à l'échelle relationnelle, au sein du secteur de la santé et au-delà, la stigmatisation et la discrimination ont plusieurs visages. L'absence de compréhension des professionnels de la santé

des besoins, des priorités, des droits, des problèmes de santé des femmes vivant avec le VIH et des interventions appropriées laisse les fournisseurs mal équipés pour répondre aux besoins et priorités importants en matière de santé et perpétue les pratiques de stigmatisation et de discrimination, voire jusqu'au point de refuser les services. Les politiques qui favorisent ou ne préviennent pas les pratiques stigmatisantes peuvent finir par normaliser la discrimination. Par exemple, au lieu de délimiter les choix en matière de planification familiale pour les femmes vivant avec le VIH ne souhaitant pas de grossesse, les programmes devraient au contraire proposer la gamme complète d'options disponibles en matière de contraception et soutenir les femmes afin qu'elles choisissent la méthode la plus optimale ou qu'elles préfèrent.

Pour les femmes vivant avec le VIH, il existe souvent des recoupements entre la stigmatisation liée au VIH et la stigmatisation liée à d'autres identités désavantagées sur le plan social, comme le fait de s'identifier comme lesbienne, bisexuelle ou transgenre, le fait d'avoir des problèmes de santé mentale, de consommer des drogues ou de travailler dans le commerce du sexe. Cela peut encore aggraver la marginalisation des femmes vivant avec le VIH dans ces communautés et donner lieu à des strates complexes de stigmatisation, de discrimination et de violence (52).

iii. Composantes d'un environnement favorable

Les efforts visant à réduire la stigmatisation et la discrimination au niveau national, comme la promotion des politiques de protection et antidiscriminatoires pour toutes les femmes vivant avec le VIH, peuvent favoriser un environnement propice aux niveaux interpersonnel et communautaire, plus particulièrement au sein des systèmes judiciaires et de santé (90). Les politiques sont plus efficaces lorsqu'elles abordent de façon simultanée les facteurs individuels, organisationnels et de politique publique qui permettent la stigmatisation et la discrimination (91). Les programmes, au sein et hors du secteur de la santé, devraient instaurer des interventions en faveur de la sécurité, notamment des politiques de lutte contre la stigmatisation et la discrimination et des codes de conduite, tout en sensibilisant les prestataires de soins de santé et les membres de la communauté à la question des droits fondamentaux. Le suivi et la surveillance sont importants afin de garantir que les normes soient mises en œuvre et respectées. Par ailleurs, des mécanismes devraient être disponibles pour que les femmes vivant avec le VIH puissent signaler anonymement tout acte de stigmatisation, les attitudes négatives, les propos ou questions injurieux, et/ou d'autres formes de discrimination lorsqu'elles cherchent à obtenir des services de santé.

Fourniture de services favorables aux femmes vivant avec le VIH

Il est important de faire en sorte que les services de soins de santé soient disponibles, accessibles et acceptables pour les femmes vivant avec le VIH, en se fondant sur les principes d'éthique médicale, de prévention de la stigmatisation, de non-discrimination et du droit à la santé (22), et qu'ils soient adaptés à leurs besoins et à leurs priorités (90). Les interventions et les services destinés aux femmes vivant avec le VIH devraient adopter des principes axés sur les femmes, favorables aux patients et fondés sur les droits, en accordant une attention particulière à l'accessibilité et au savoir-faire, ainsi qu'aux attitudes des membres du personnel.

La participation constructive des pairs éducateurs dans la fourniture des services peut aider à la création d'un environnement plus sûr en matière d'accès aux services pour les femmes vivant avec le VIH et émanant de différentes communautés. Les stratégies de soutien par les pairs et la communauté peuvent promouvoir la disponibilité du traitement, son utilisation, l'observance et la rétention dans les soins tout au long de la vie, réduire la stigmatisation et la discrimination ; et atténuer la violence potentielle suite à la divulgation d'un statut positif pour le VIH (77).

Les normes sociales et les tabous liés à l'orientation sexuelle, l'identité sexuelle, le genre, la santé sexuelle et reproductive instaurent une culture de la honte, de la culpabilité et du silence. Les femmes vivant avec le VIH dans de tels contextes peuvent se sentir isolées et intérioriser les perceptions négatives, avec comme conséquences des problèmes de santé mentale tels que la dépression et un défaut d'auto-prise en charge. De plus, le manque de confidentialité et de services de soins de santé sans qu'un jugement ne soit porté représentent un obstacle pour les femmes vivant avec le VIH qui souhaitent obtenir des informations et des produits et se sentir soutenues lorsqu'elles expriment leurs besoins et leurs préoccupations en matière de SSR. Les espaces sûrs (tant dans les établissements de soins de santé que dans le cadre des services sociaux) et des environnements dénués de stigmatisation et garantissant la confidentialité peuvent encourager les femmes vivant avec le VIH à accéder aux services dont elles ont besoin (10). L'encadré 3.5 donne de plus amples informations sur la formation et la sensibilisation des agents de santé.

Encadré 3.5 : Formation et sensibilisation des agents de santé

La création de services de santé inclusifs nécessite la sensibilisation et l'éducation des prestataires et autres membres du personnel aux services sociaux et soins de santé. Ceci peut se réaliser aussi bien pendant la formation initiale que pendant la formation continue, à travers un soutien et une surveillance à l'emploi, et en créant une norme organisationnelle d'inclusion et de non-discrimination.

Attitudes : Les prestataires de soins de santé qui travaillent avec des adultes ou des adolescents des populations clés ne devraient pas porter de jugement et être coopératifs, réceptifs et respectueux. Ils devraient, en plus, comprendre ce par quoi les femmes vivant avec le VIH passent. La formation, avec l'implication des représentants et groupes de populations clés, peut être dispensée pour sensibiliser et éduquer les travailleurs de la santé sur les questions spécifiques aux femmes vivant avec le VIH, les attitudes et pratiques non-discriminatoires, et les droits des populations clés à la santé, à la confidentialité, aux soins non coercitifs et au consentement éclairé.

Compétences : Il est important que les travailleurs de la santé soient capables de répondre aux besoins spécifiques des populations clés et de fournir des services de qualité, qu'ils aient une bonne connaissance des interventions, outils et matériels disponibles pour fournir des informations, conseiller sur les stratégies de réduction des risques liés au VIH et soutenir l'adhérence au traitement et la rétention dans les services de soins.

L'amélioration et le maintien des attitudes et compétences des fournisseurs de soins est un processus continu qui est constitué de différentes composantes, comme les activités de formation formelle, la documentation du travail, la supervision relative au soutien, le suivi de la formation et le mentorat. Des formations multidisciplinaires et des environnements de travail peuvent renforcer le lien avec les fournisseurs de services communautaires afin que les orientations et le suivi approprié soient plus disponibles. Dans les zones où l'on enregistre une pénurie de main-d'œuvre, il est particulièrement important que tous les fournisseurs de services reçoivent une formation axée sur les adolescents, y compris des conseillers non professionnels, afin de faciliter la délégation des tâches.

Source : OMS, 2016 (10).

Valeurs et préférences

Les femmes et les filles des populations clés vivant avec le VIH – y compris les travailleuses du sexe, les femmes qui consomment des drogues/ des drogues injectables, les lesbiennes, bisexuelles et d'autres femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes, les femmes transgenre et les femmes handicapées (entre autres) – sont en butte aux mêmes difficultés que les femmes et les filles vivant avec le VIH en général. Ces obstacles prennent leur source dans l'inégalité entre les sexes, les idées reçues et la stigmatisation ainsi que la discrimination et la violence liées au VIH. Cependant, les normes de genre et d'autres perceptions et valeurs sociétales peuvent également jouer un rôle dans le contexte spécifique de leur vie, créant d'autres niveaux d'obstacles sociaux et structurels dans l'accès aux services et la revendication des droits fondamentaux. Les mesures de soutien des droits de ces femmes appartenant aux populations clés devraient :

- inclure des activités de sensibilisation auprès des agents de santé et d'autres prestataires de services au sujet des besoins et des droits spécifiques des femmes de tous âges vivant avec le VIH, en particulier de celles qui consomment des drogues, pratiquent le commerce du sexe et/ou qui sont lesbiennes, bisexuelles, transgenres ou intersexuées, afin d'éliminer la stigmatisation et la discrimination fondées sur le statut pour le VIH, la consommation de drogue, le travail du sexe, la sexualité, l'identité de genre ou l'âge ;
- veiller à la continuité du traitement et des soins holistiques pour les femmes incarcérées ou détenues ;
- augmenter l'accès à des services de réduction des risques pour les femmes qui consomment des drogues ;
- œuvrer pour une abolition des lois qui pénalisent la transmission du VIH et l'exposition, et des lois qui érigent l'usage personnel de drogues, le travail du sexe et les relations sexuelles entre personnes de même sexe en infraction ;
- veiller à ce que les personnes en position d'autorité prennent conscience du fait que la nécessité de lever les obstacles en matière d'accès à la SSR pour les femmes vivant avec le VIH dans toute leur diversité fait partie de leurs obligations et qu'elles ont un rôle à jouer (37).



3.2.7 Autonomisation communautaire

Recommandations existantes relatives aux femmes vivant avec le VIH qui sont des personnels de santé

REC A.17 : Fournir des traitements gratuits contre le VIH et la tuberculose aux agents de santé qui en ont besoin, pour faciliter la prestation de ces services d'une manière non stigmatisante, soucieuse des différences entre les sexes, confidentielle et pratique en l'absence d'un service destiné au personnel et/ou si leur établissement n'offre pas le TAR, ou encore s'ils préfèrent dispenser les services en dehors d'un établissement.

(Recommandation forte, données de faible qualité)

REC A.18 : Introduire de nouvelles politiques ou renforcer les politiques existantes pour prévenir la discrimination à l'encontre des agents de santé infectés par le VIH ou atteints de tuberculose, et adopter des interventions visant à réduire la stigmatisation par les collègues et les supérieurs.

(recommandation forte, données de qualité moyenne)

Remarques

- Ces recommandations existantes utilisées dans les présentes directives ont été tirées de la publication de 2010 intitulée *Directives conjointes OMS/OIT/ONUSIDA sur l'amélioration de l'accès des personnels de santé aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien pour le VIH et la tuberculose (Note d'orientation) (92)*. Ces directives abordent les éléments essentiels permettant de faire en sorte que les orientations en matière de SDR puissent s'appliquer aux femmes vivant avec le VIH qui sont également des personnels de santé.
- Dans la même publication, il est dit que « bien que les personnels de santé soient en première ligne des programmes nationaux en matière de soins liés au VIH, souvent ces travailleurs eux-mêmes n'ont pas accès de façon adéquate aux services relatifs au VIH. »
- Vous trouverez de plus amples informations dans la publication d'origine, disponible à l'adresse : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44467/1/9789241500692_eng.pdf (Note d'orientation en français : http://www.who.int/occupational_health/note_d%27orientation.pdf)

Déclarations de bonnes pratiques existantes relatives à la responsabilisation de la communauté

GPS A.12 : Des programmes devraient être mis en place pour fournir aux groupes clés les connaissances et les services juridiques nécessaires concernant leurs droits et les règles applicables et leur permettre de bénéficier du soutien de l'appareil judiciaire en cas de violation de ces droits.

Remarques

- Cette déclaration de bonne pratique existante utilisée dans les présentes directives a été tirée de la publication de l'OMS intitulée *Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés – mise à jour de 2016 (10)*.
- Les femmes vivant avec le VIH appartiennent aux populations clés.
- Vous trouverez de plus amples informations dans la publication d'origine, disponible à l'adresse : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246217/1/9789290312222-fre.pdf?ua=1>

i. Contexte

Par responsabilisation de la communauté, on entend le processus visant à permettre aux communautés d'exercer un meilleur contrôle sur leur vie (84). Certaines femmes vivant avec le VIH jouent un véritable rôle de cheffes de file dans la promotion de la SDR des femmes vivant avec le VIH. De nombreux programmes de soutien par les pairs ont réussi à doter les femmes vivant avec le VIH d'aptitudes essentielles et d'espaces sûrs, garantissant leur sécurité, leur permettant de développer des atouts et mettant les femmes en contact avec un réseau social regroupant des modèles positifs et pouvant faire office de mentors, ce que les femmes vivant avec le VIH qualifient d'essentiel pour améliorer leur SDR. De la même façon, l'autonomisation des femmes vivant avec le VIH, y compris leur capacité à participer activement aux prises de décisions portant sur leur propre santé, est essentiel pour des résultats satisfaisants en matière de SDR. Les communautés jouent un rôle important, tant dans l'élaboration de politiques fondées sur les données probantes, au travers de la diffusion des preuves factuelles de la part de la communauté, que dans la mise en œuvre efficace des politiques nationales et l'utilisation des services.

ii. Obstacles

Les femmes vivant avec le VIH ne maîtrisent souvent pas ou très peu les facteurs de risques en matière de SSR, qui découlent de leur environnement sur les plans juridique, politique et social et de leur cadre de vie personnel. Par exemple, elles peuvent ne pas être suffisamment en position de force pour négocier l'utilisation systématique d'un préservatif afin de prévenir une grossesse non désirée ou une IST. Cette absence de moyens d'agir s'aggrave lorsque les femmes ne connaissent pas leur droits humains et légaux, en particulier leur droit à la santé, et lorsqu'elles ne savent pas comment réagir dans le cas où leurs droits sont bafoués.

iii. Composantes d'un environnement favorable

La capacitation des communautés est un processus collectif qui permet aux femmes vivant avec le VIH de répondre aux contraintes structurelles en matière de santé, de droits de l'homme et de bien-être ; d'apporter des changements sociaux, économiques et comportementaux ; et d'améliorer l'accès aux services de santé. La capacitation des communautés peut promouvoir une plus grande portée et une meilleure efficacité des services destinés aux femmes vivant avec le VIH et constituer un facteur clé pour l'amélioration d'un certain nombre de problématiques, comme par exemple les conditions de vie, le développement des stratégies pour les interventions liées à la SSR, et la remédiation de la violation des droits de l'homme. La capacitation des communautés peut se présenter sous différentes formes, notamment la participation significative à : l'élaboration des services et la prise de décision, la mise en œuvre, ainsi que le suivi y afférents, l'éducation par les pairs, la mise en œuvre des programmes d'alphabétisation et de services juridiques, et la promotion des groupes ainsi que des programmes, des activités de recherche et de la prestation de services dirigés par les pairs (10).

Les femmes vivant avec le VIH constituent une communauté très diverse et hétérogène. Pour être efficaces, les interventions de soins de santé doivent donc tenir compte de cette diversité, ainsi que des environnements légaux, politiques, sociaux et sanitaires des femmes vivant avec le VIH. Cette flexibilité, cette capacité de réponse aux attentes et d'adaptation, ainsi que cette pérennité sont essentiels dans le cadre des initiatives de capacitation des communautés.

Les politiques relatives à l'accès aux services de santé et à l'information doivent être améliorées. En veillant à ce que les femmes vivant avec le VIH connaissent leurs droits légaux et humains en tant qu'individus – et plus particulièrement le fait que leur droit à la santé comprend le droit à l'information –, on peut améliorer leur accès aux services de santé. Étant donné que les femmes vivant avec le VIH sont souvent victimes d'exploitation, de marginalisation, de criminalisation, de stigmatisation et de discrimination, il est particulièrement important de mettre des programmes sur pied afin de veiller à ce qu'elles connaissent leurs droits humains et légaux, y compris les lois de protection applicables et la marche à suivre pour obtenir des services juridiques et signaler les violations. Les programmes de médecine préventive, d'éducation à la sexualité et de soutien peuvent permettre une meilleure sensibilisation (93). En étant mieux informés, les réseaux de femmes vivant avec le VIH peuvent mieux s'organiser pour faire progresser leurs droits et faire connaître leurs droits, leurs priorités, ainsi que les questions politiques et juridiques qui les concernent de près (90, 94, 95). De plus amples informations relatives aux lois et aux politiques de protection se trouvent à la section 3.2.8.

Valeurs et préférences

Les participantes à l'enquête ont plusieurs fois fait allusion aux avantages d'une communauté de femmes vivant avec le VIH, élément fondamental pour leur permettre d'accepter leur diagnostic VIH et leur séropositivité, le divulguer aux autres, composer avec les problèmes de santé mentale, comprendre leurs droits, tirer du plaisir de leurs relations sexuelles et prendre des décisions positives au sujet de la grossesse et de l'accouchement, entre autres. Le soutien par les pairs a également été cité comme étant un élément important pour identifier les expériences de violence et d'autres violations des droits fondamentaux et demander réparation. Les répondantes ont souligné la nécessité d'investir dans les réseaux et les organisations de femmes vivant avec le VIH en vue de fournir un appui par les pairs, des espaces sûrs et un conseil, ainsi que des formations relatives au leadership et aux activités de plaidoyer, afin de surmonter les obstacles structurels, y compris les inégalités entre les sexes, la stigmatisation, la discrimination et les normes culturelles (37).



3.2.8 Lois et politiques favorables et accès à la justice

Déclarations de bonnes pratiques existantes relatives à la dépénalisation et à la condamnation en lien avec le VIH

GPS A.13 : Les pays devraient œuvrer en faveur d'une dépénalisation de comportements tels que l'usage/injection de drogues, le travail du sexe, les rapports entre personnes de même sexe et l'identité de genre non conforme aux règles sociales et chercher à éliminer l'application injuste des lois et des règles dans le cas des personnes qui utilisent/s'injectent des drogues, des travailleurs du sexe, des hommes ayant des rapports avec d'autres hommes et des transgenres.

GPS A.14 : Les pays devraient chercher à mettre en place d'autres solutions que la privation de liberté dans le cas des consommateurs de drogues, des travailleurs du sexe et des personnes ayant des rapports avec d'autres personnes de même sexe.

Remarques

- Ces recommandations s'appliquent aux femmes vivant avec le VIH qui consomment des drogues (par injection), pratiquent le commerce du sexe, ont des pratiques sexuelles avec des partenaires de même sexe et aux femmes transgenres. Elles ont été tirées de la publication de l'OMS intitulée *Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés – mise à jour de 2016 (10)*.
- Vous trouverez de plus amples informations dans la publication d'origine, disponible à l'adresse : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246217/1/9789290312222-fre.pdf?ua=1>

Déclarations de bonnes pratiques existantes relatives aux politiques et aux lois portant sur l'âge du consentement chez les adolescents

GPS A.15 : Les pays sont encouragés à examiner leurs politiques actuelles concernant le consentement et à envisager leur révision pour réduire les obstacles à l'accès aux services de prise en charge du VIH qui sont liés à l'âge et donner aux prestataires les moyens d'agir dans l'intérêt de l'adolescent.

GPS A.16 : Il est recommandé d'assurer aux adolescentes des services de santé sexuelle et reproductive, y compris des informations et des services en matière de contraception, sans exiger l'autorisation ou la notification des parents ou du tuteur.

Remarques

- Ces déclarations de bonnes pratiques existantes, qui sont pertinentes pour les adolescentes vivant avec le VIH, ont été tirées de la publication de l'OMS intitulée *Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés – mise à jour de 2016 (10)*.
- Vous trouverez de plus amples informations dans la publication d'origine, disponible à l'adresse : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246217/1/9789290312222-fre.pdf?ua=1>

Déclarations de bonnes pratiques existantes relatives aux personnes transgenres

GPS A.17 : Les pays devraient chercher à mettre en place des politiques et des lois dépénalisant les comportements entre personnes de même sexe et les identités de genre non conformes aux normes.

GPS A.18 : Les pays devraient œuvrer en faveur d'une reconnaissance du statut juridique des transgenres.

GPS A.19 : Pour les transgenres, la reconnaissance juridique du genre et du nom souhaités peut être importante pour réduire la stigmatisation, la discrimination et l'ignorance. Cette reconnaissance par les services de santé peut faciliter l'accès aux services de prise en charge du VIH, leur utilisation et leur prestation.

Remarques

- Ces déclarations de bonnes pratiques existantes, qui sont pertinentes pour les femmes transgenres vivant avec le VIH, ont été tirées de la publication de l'OMS intitulée *Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés – mise à jour de 2016 (10)*.
- Vous trouverez de plus amples informations dans la publication d'origine, disponible à l'adresse : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246217/1/9789290312222-fre.pdf?ua=1>

i. Contexte

De nombreux pays ont pris des engagements juridiquement contraignants dans le cadre d'un certain nombre d'accord internationaux et de documents de consensus afin de protéger les besoins et les droits des personnes vivant avec le VIH. Cependant, dans la pratique, de nombreuses lois et politiques ne sont pas en phase avec les normes et règles internationales en matière de droits de l'homme. Par exemple, de nombreux pays criminalisent la transmission involontaire du VIH ou ne disposent pas de lois pour protéger les femmes vivant avec le VIH contre la violence sexuelle. De surcroît, même lorsqu'il existe un cadre législatif solide, les lois doivent être appliquées au travers d'un engagement politique, d'une allocation de ressources suffisantes, du renforcement des capacités des personnes chargées de faire respecter et d'appliquer la loi et de l'instauration de systèmes de reddition de comptes en cas de violation.

ii. Obstacles juridiques

Bien souvent, au lieu de faciliter l'accès des femmes et des filles vivant avec le VIH, les lois et les politiques au niveau national restreignent l'accès et, dans certains cas, prennent des mesures punitives. Soixante pour cent des pays déclarent avoir des lois, des règlements ou des politiques qui entravent la prestation efficace des services VIH pour de nombreuses femmes vivant avec le virus (96). Plus précisément, plus de 100 pays criminalisent certains ou tous les aspects du commerce du sexe (96).

Bien que le fait de vivre avec le VIH ne constitue pas en soi la preuve d'une transmission sexuelle de l'infection, les personnes font souvent l'objet d'une discrimination en raison de leur statut positif pour le VIH, qui repose sur l'hypothèse d'une activité sexuelle souvent considérée comme socialement inacceptable (23). Le fait d'ériger la non divulgation du VIH, l'exposition au virus et la transmission en infractions complique la tâche pour les femmes vivant avec le VIH qui souhaitent avoir des relations sexuelles saines (97). La transmission du VIH est criminalisée de diverses façons et les femmes sont particulièrement concernées par ces lois : parce qu'elles sont plus susceptibles d'avoir accès à des soins de santé, elles apprennent souvent leur séropositivité avant leurs partenaires masculins. Les organes de défense des droits de l'homme ont appelé les États à s'assurer que l'état de santé réel ou perçu d'une personne, y compris en ce qui concerne le statut pour le VIH, ne soit pas un obstacle à la réalisation des droits humains. Lorsque la séropositivité sert de justification à un traitement différencié en ce qui concerne l'accès à l'éducation, à l'emploi, aux soins de santé, aux voyages, à la sécurité sociale, au logement et à l'asile, cela constitue une restriction des droits de l'homme et une discrimination (98).

En outre, de nombreux pays ne reconnaissent pas les personnes transgenres sur le plan légal et ces dernières se heurtent à des politiques restrictives qui régissent leur identité de genre et leur façon de l'exprimer (96). Dans de nombreux contextes, des politiques punitives relatives à la consommation de drogues invitent à des sanctions sévères pour toute possession ne serait-ce que d'une infime quantité de drogues pour usage personnel et dans certaines circonstances, les politiques autorisent une détention obligatoire comme « traitement » des consommateurs de drogues (par injection) (96). Pour les femmes vivant avec le VIH, dans de nombreuses prisons et autres centres fermés, les services de VIH et de SSR sont inférieurs à la norme ou totalement absents.

Bien que les lois varient, dans de nombreux contextes, les adolescents de moins de 18 ans sont juridiquement qualifiés de mineurs et, par conséquent, doivent avoir l'accord de leurs parents pour des soins médicaux, y compris les services pour le VIH et la SSR. De telles lois et politiques peuvent constituer des obstacles ou décourager les adolescents à la recherche de services (64). Ces restrictions peuvent créer des dilemmes complexes pour les prestataires qui s'efforcent d'agir dans le meilleur intérêt de leurs clients mais qui peuvent se préoccuper de leur propre responsabilité juridique ainsi que de la sécurité de leurs jeunes clients.

iii. Composantes d'un environnement favorable

Les lois et les politiques peuvent permettre de défendre les droits fondamentaux des femmes en lien avec le VIH – tant pour celles vivant avec le VIH que pour celles courant le risque d'acquérir le VIH. Les réformes de la loi – comme la dépénalisation de la consommation de drogues ou de pratiques sexuelles, y compris le travail du sexe et les relations sexuelles entre adultes consentants, ainsi que la reconnaissance légale du statut des personnes transgenres et de l'évolution des capacités des enfants/adolescents – sont des facteurs déterminants pouvant changer un environnement hostile aux femmes vivant avec le VIH en un environnement favorable. Une attention particulière devrait être accordée aux réformes juridiques de ce type dans le cadre de toute révision des politiques ou programmes relatifs aux femmes vivant avec le VIH. Par exemple, dans de nombreux pays, la possession, la consommation et la vente d'aiguilles et de seringues propres ou le fait de posséder des préservatifs continuent à justifier une arrestation. Dans ces types de cas, des révisions sont nécessaires.

Les lois et les politiques qui ne criminalisent pas le VIH sont essentielles pour appuyer la SDR des femmes vivant avec le VIH et, cela va sans dire, celle de toutes les personnes vivant avec le VIH et des personnes les plus touchées par le virus.

Il peut s'avérer nécessaire de faire évoluer la législation et d'adopter de nouvelles politiques et lois de protection conformes aux normes internationales en matière de droits de l'homme pour contribuer à la santé et au bien-être des femmes vivant avec le VIH dont les pratiques sexuelles, la consommation de drogues, l'expression du genre ou l'orientation sexuelle perçue constituent une infraction à l'heure actuelle. En l'absence de politiques de protection et d'une décriminalisation de la transmission du VIH et de l'exposition au virus, du travail du sexe, de la possession de drogues et des rapports sexuels entre adultes du même sexe, les obstacles aux services de santé essentiels vont perdurer ; de nombreuses femmes vivant avec le VIH risquent de renoncer à rechercher des soins de santé par crainte des conséquences juridiques défavorables (99).

Amélioration de l'accès à la justice et services d'aide juridique pour les femmes vivant avec le VIH

Il convient de formuler des politiques et des procédures pour veiller à ce que les femmes vivant avec le VIH puissent dénoncer les violations de leurs droits en toute sécurité, notamment la discrimination, les violations du consentement éclairé, les violations du secret médical et le refus de soins de santé. Les femmes vivant avec le VIH peuvent par exemple être formées comme agents illégaux ou un réseau de femmes vivant avec le VIH peut servir d'intermédiaire pour tout dépôt de plainte (10). Dans les cas de violence à l'encontre des femmes et d'autres violations des droits, lorsqu'on cherche à faciliter l'accès des femmes à la justice, le plus important doit être la sécurité, la confidentialité, le choix et l'autonomie dont elles doivent pouvoir jouir lorsqu'il s'agit de décider de dénoncer la violence à la police ou non. Les agents de santé devraient faciliter l'accès à la justice en proposant de soutenir la femme dans le cas où elle décide de se rendre à la police et en l'orientant le cas échéant vers les services pertinents pour les soins médico-légaux et la collecte de preuves, conformément aux directives de l'OMS (84, 100). Cependant, ils ne devraient pas être tenus de le faire.

Application de la loi

L'application de la loi peut jouer un rôle fondamental en garantissant que les droits de l'homme des femmes vivant avec le VIH ne soient pas violés. Les éléments de la police devraient recevoir une formation continue sur les moyens de soutenir – ou tout au moins de ne pas entraver – l'accès aux services de santé de base. Les systèmes qui promeuvent les bonnes pratiques de la police et qui offrent des moyens de signalisation de tout acte de violation des droits de l'homme permettront de s'assurer que la police protège la santé publique et les droits de l'homme de toute personne. Comme mentionné précédemment, les pratiques d'application de la loi et les services de police peuvent malheureusement eux-mêmes être les auteurs de violences faites aux femmes vivant avec le VIH. Le travail des services de police devrait promouvoir les droits fondamentaux des femmes vivant avec le VIH, ainsi que la responsabilité à l'interne pour l'application des lois fondées sur les droits de l'homme (10).

Accès aux services du VIH et de la SSR pour les femmes vivant avec le VIH privées de liberté ou confinées dans des milieux fermés

Il existe plus de 10 millions d'hommes et de femmes dans les prisons et autres centres fermés, avec un chiffre annuel d'environ 30 millions de personnes se déplaçant entre la prison et la communauté. Dans le monde, le taux de prévalence du VIH, des infections sexuellement transmissibles, de l'hépatite B et C et de la tuberculose chez les populations carcérales serait 2 à 10 fois plus élevé que chez la population générale. Outre les comportements à risque d'infection à VIH dans les prisons (activités sexuelles non protégées, consommation de drogues par injection et tatouage), les facteurs liés à l'infrastructure de la prison, à la gestion de la prison et au système de justice pénale contribuent à accroître le risque d'infection à VIH, à l'hépatite B et C et à la tuberculose dans les prisons. En raison des conditions de détention, notamment le surpeuplement, la violence sexuelle, la consommation de drogues et le manque d'accès aux moyens de prévention du VIH, tels que les préservatifs et lubrifiants, le risque de transmission est très élevé. Dans certains contextes, les taux de prévalence du VIH sont plus élevés chez les femmes dans les prisons que chez les hommes et beaucoup plus élevés que chez les femmes au sein de la population générale (10).

L'accès aux programmes de soins et de traitement du VIH dans les prisons et autres milieux fermés est souvent insuffisant. Peu de pays mettent en œuvre des programmes complets pour le VIH au sein des prisons. Il est non seulement nécessaire d'assurer ces services dans les prisons et les autres milieux fermés, mais il convient également de faire le lien avec les services VIH au sein de la communauté, afin d'assurer la continuité une fois la personne sortie de prison.

Valeurs et préférences



Les femmes vivant avec le VIH de l'enquête GVPS ont déclaré que les lois qui criminalisent certaines pratiques dissuadent les personnes de se soumettre à un test de dépistage pour le VIH et de rechercher des services de SSR et de VIH, et sapent les efforts consentis par les femmes vivant avec le virus pour protéger leur santé et celle des autres. Elles ont souligné qu'un environnement juridique favorable renforçait la capacité des femmes vivant avec le VIH à accéder aux services qui ont une incidence positive sur leur santé et leurs droits et qui leur permettent de protéger leurs partenaires et leurs enfants d'une propagation du VIH. Inversement, les lois et les politiques répressives qui criminalisent l'exposition au VIH et la transmission, la consommation de drogues, le travail du sexe, ainsi que les rapports sexuels entre personnes consentantes de même sexe non seulement entravent l'accès des femmes aux services SDRS et VIH, mais les présentent également comme une menace pour les autres et des sujets à craindre, ce qui cristallise la stigmatisation et la discrimination existantes à l'échelle communautaire. Les femmes interrogées ont appelé à la décriminalisation de l'exposition au VIH et de la transmission du virus, ainsi que du travail du sexe, de la consommation de drogues et des rapports sexuels entre personnes de même sexe. Dans le même temps, elles ont plaidé en faveur d'un renforcement des lois afin de protéger toutes les femmes – y compris les femmes vivant avec le VIH – contre toutes les formes de violence, y compris le rendez-vous à fin de viol et le viol conjugal, ainsi qu'en faveur de lois et de politiques destinées à protéger les droits des personnes vivant avec le VIH et à les faire respecter.

Les lois, les politiques et les pratiques devraient faire l'objet d'un suivi et, lorsque c'est nécessaire, être révisées par les décideurs politiques et les responsables des gouvernements, avec la participation significative des femmes vivant avec le VIH, afin qu'elles reçoivent un appui et qu'un meilleur accès aux services leur soit permis (37).

Chapitre 4. Interventions sanitaires : recommandations et déclarations de bonnes pratiques

Ce chapitre aborde les interventions sanitaires relatives à la santé et aux droits en matière de sexualité et de reproduction (SDSR) des femmes vivant avec le VIH, qui sont regroupées en six types de services, énumérés ci-après dans l'ordre où ils sont présentés dans le reste de ce chapitre :

1. services de conseil et de soutien en matière de santé sexuelle
2. services destinés aux femmes victimes de violence
3. services de planification familiale et de lutte contre la stérilité
4. services de soins prénatals et de santé maternelle
5. services d'avortement sécurisé ; et
6. services de prise en charge des infections sexuellement transmissibles et du cancer du col de l'utérus.

Chacune des sections de ce chapitre présente les recommandations nouvelles ou existantes (REC), ainsi que les déclarations de bonnes pratiques existantes (GPS) et des données de base sur chaque type de service. Pour les NOUVELLES REC, une liste des données factuelles et des considérations du GDG est également présentée. Le Groupe d'orientations de l'OMS chargé des lignes directrices (SG) chargé de l'élaboration du présent document a identifié huit domaines thématiques pour lesquels de nouvelles REC ou GPS devaient être formulées aux fins des présentes lignes directrices (voir Chapitre 2, section 2.4). Quatre de ces domaines sont abordés dans ce chapitre – il s'agit des domaines 1, 2, 4 et 5 tels que présentés ci-dessus –, tandis que les quatre autres sont traités au Chapitre 3. Les six nouvelles REC de ces lignes directrices sont exposées dans les quatre sous-sections de ce chapitre (et elles portent la mention « NOUVELLE ») : 4.1.1 Autonomisation et autoefficacité ; 4.2.1 Divulgateion sans danger ; 4.4.1 Césarienne ; et 4.5.1 Avortement sécurisé. Les résultats pertinents obtenus à travers l'enquête mondiale sur les valeurs et les préférences (GVPS) relative aux priorités des femmes vivant avec le VIH sont également présentés dans chaque sous-section et sont intégrés aux renseignements fournis avec les nouvelles REC.

4.1 Conseil et soutien en matière de santé sexuelle

4.1.1 Autonomisation et autoefficacité

NOUVELLE recommandation relative à l'autonomisation et à l'autoefficacité

REC B.1 : L'OMS recommande de prévoir, dans le cas des femmes vivant avec le VIH, des interventions visant à renforcer l'autoefficacité et l'autonomisation en matière de SDRS afin qu'elles puissent bénéficier de la meilleure santé possible et jouir de leurs droits.

(recommandation forte, données de faible qualité)

Remarques

- Ces interventions devraient faire participer de façon significative les femmes vivant avec le VIH tout au long du processus d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation, notamment en ce qui concerne les consultations et la participation au cours des phases de planification, de conception, d'exécution et de suivi des interventions. Cela aura pour effet de renforcer la pertinence, l'acceptabilité et, probablement, l'accessibilité et l'efficacité des interventions. Cela dit, la responsabilité relative à l'exécution de ces interventions incombe au système de santé et ne repose pas uniquement sur les épaules des femmes vivant avec le VIH.
- Il faudra peut-être tenir compte de considérations spéciales supplémentaires pour les femmes vivant avec le VIH, y compris celles qui appartiennent à des populations clés, afin de surmonter des degrés de dépossession, de marginalisation et d'exclusion plus élevés, dus à des formes de stigmatisation, de discrimination et de violence multiples qui sont souvent légitimées par des lois qui criminalisent ces femmes ou échouent à les protéger.
- Les rapports de force inégaux et les inégalités qui empêchent les femmes vivant avec le VIH d'exercer leurs droits en matière de sexualité et de reproduction interviennent à plusieurs niveaux. Les femmes devraient non seulement être soutenues à l'échelle individuelle afin de développer leur sentiment d'auto-efficacité et leur autonomie, mais des interventions aux niveaux interpersonnel, communautaire et sociétal devraient également être envisagées afin de faire évoluer ces normes. Le fait de soutenir les femmes afin qu'elles accèdent à de meilleures ressources économiques, alimentaires, en matière de logement, ainsi qu'à d'autres ressources, renforce leur capacité à prendre des décisions et à exercer leurs droits. Le Chapitre 3 de ces lignes directrices traite de l'autonomisation économique (voir section 3.2.3).
- D'autres idées en matière d'autonomisation des femmes vivant avec le VIH sont disponibles dans l'outil de programmation : *16 Ideas for addressing violence against women in the context of the HIV epidemic (84)*.

i. Contexte

Les femmes vivant avec le VIH sont souvent confrontées à des rapports de force et à des normes de genre inéquitables qui les empêchent d'atteindre leurs objectifs en matière de santé sexuelle et reproductive (SSR) et d'exercer leurs droits. Parmi les obstacles auxquels elles font face, citons notamment un accès restreint aux services de soins de santé, une autonomie limitée au sein des systèmes de santé, ainsi qu'une impuissance dans leurs interactions avec leurs partenaires sexuels et d'autres membres de leur communauté. Les femmes vivant avec le VIH sont souvent réduites à l'impuissance à divers degrés, y compris face aux normes de genre qui empêchent les femmes de participer au processus décisionnel, et face à la stigmatisation et à la marginalisation associées au statut positif pour le VIH. Ces obstacles ont une incidence sur les comportements et les choix des femmes vivant avec le VIH en matière de SSR. Les services de soins de santé et les agents de santé peuvent soutenir les femmes afin qu'elles obtiennent de bons résultats en matière de SDRS au travers d'interventions propices à l'autonomisation et à l'autoefficacité. Les stratégies axées sur l'autonomisation des femmes peuvent avoir un impact positif sur leur qualité de vie, leur autonomie, leur santé et la santé de leurs enfants et de leurs familles.

ii. Ensemble des moyens d'appréciation et des considérations relatifs à la nouvelle recommandation

Lors de la réunion de cadrage en janvier 2015, Le Groupe chargé de l'élaboration des lignes directrices (GDG) a décidé que les interventions permettant d'améliorer l'autoefficacité et l'autonomisation devaient faire l'objet d'une révision. La question PICO (population, intervention, comparaison, résultat) était la suivante : **Quelles sont les interventions permettant de renforcer l'autoefficacité et l'autonomisation des femmes vivant avec le VIH dans le cadre de rapports protégés et de prise de décision en matière de procréation ?** L'autoefficacité se définit par « la conviction d'un individu par rapport à sa capacité à adopter les comportements nécessaires pour obtenir des résultats de performance spécifiques » (101). L'autonomisation se définit par « le processus consistant à accroître la capacité des individus ou de groupes à faire des choix et à transformer ces choix en autant d'actions et de résultats souhaités » (102). La revue systématique pertinente menée dans le cadre de l'élaboration de ces lignes directrices comprenait des

études conduites auprès de groupes témoins de femmes vivant avec le VIH âgées de 10 ans et plus, tirées d'une recherche de la littérature grise et avalisées par des spécialistes. Les résultats d'intérêt comprenaient : le sentiment d'autoefficacité ; l'autonomisation ou d'autres mesures de la capacité d'une femme à prendre ses propres décisions en matière de SSR ; les comportements SSR ; et les résultats en matière de SSR, tels que les infections sexuellement transmissibles (IST), les grossesses et autres (103).

Résultats

La revue a révélé 20 études (17 essais contrôlés randomisés, 2 études quasi-expérimentales et 1 étude avec cas et témoins appariés) évaluant 10 interventions et adaptations internationales d'interventions dans cinq pays : Le Nigéria, l'Afrique du Sud, les USA, la Zambie et le Zimbabwe. Les interventions ont été accomplies auprès d'individus ou de petits groupes, lors de séances de discussion ou de conseil, au moyen d'une intervention informatique basée sur un module. Le contenu et la mise en œuvre de l'intervention variaient en fonction des études. Les interventions comprenaient de 2 à 11 séances et couvraient des sujets tels que : la fierté liée au genre ; l'utilisation de réseaux de soutien sociaux ; les comportements présentant un risque de transmission du VIH ; la communication et la négociation pour des relations sexuelles sans danger ; l'utilisation du préservatif ; la gestion des relations de violence ; les objectifs et les valeurs ; la prévention de la transmission périnatale ; la nutrition ; et l'observance. Les interventions étaient chacune fondée sur un cadre ou une approche théorique, notamment : la prise en charge cognitive-comportementale du stress ; la théorie sociale cognitive ; la théorie du pouvoir du genre ; la théorie de l'action raisonnée ; des entretiens de motivation ; et des étapes de changement. Les prestataires des interventions étaient notamment des infirmiers et des infirmières, des psychologues et des pairs éducateurs.

Bien qu'un large éventail de résultats d'intérêt ait été dégagé pour ce sujet (voir l'Annexe 3), les résultats pertinents relevés dans le cadre des études étaient l'incidence des IST, l'utilisation du préservatif, l'utilisation de méthodes contraceptives, le sentiment d'autoefficacité lorsque l'utilisation du préservatif doit être négociée, l'autoefficacité en matière de communication sexuelle et le rapport de force au sein de la relation. L'incidence des IST a été mesurée dans le cadre de deux études à l'aide du même ensemble d'interventions, adaptées à différents contextes. Des diminutions significatives sur le plan statistique ont été enregistrées pour la chlamydia, la gonorrhée et la trichomonase. Les résultats pour la vaginose bactérienne n'étaient pas significatifs. Les études ont eu recours à diverses mesures pour l'utilisation du préservatif mais ont généralement observé une augmentation ou une absence de changement, avec des taux de référence élevés pour l'utilisation déclarée. Bien que les preuves factuelles aient été contradictoires, plusieurs études ont relevé des améliorations dans l'utilisation du préservatif et l'autoefficacité en matière de négociation, ainsi que des améliorations au niveau du rapport de force au sein de la relation.

Les préjudices causés par les interventions n'ont pas fait l'objet d'une évaluation. L'objectif principal de bon nombre des interventions était la réduction des risques sur le plan sexuel, mais l'autonomisation ou l'autoefficacité faisaient souvent partie des objectifs secondaires, ou constituaient l'approche permettant d'atteindre l'objectif principal. Cela souligne la nécessité de disposer de plus d'études comparatives évaluant les interventions dont le but est de conférer une meilleure autonomie aux femmes vivant avec le VIH en vue de résultats optimaux en matière de SSR, ce qui englobe une sexualité saine, les services de planification familiale, les soins prénatals, le fait d'éviter les IST et les avortements non sécurisés, et la liberté d'exercer leurs droits en matière de sexualité et de reproduction.

Qualité des données factuelles pour la recommandation

La qualité des données factuelles est faible. Le GDG a déclassé les données factuelles en raison de leur manque de cohérence – les études montraient des résultats variables pour l'utilisation du préservatif et d'autres méthodes contraceptives – et de leur imprécision, étant donné le faible nombre d'événements faisant partie des études. Les variations dans les domaines d'intervention, les prestataires, le calendrier et les objectifs pourraient expliquer la variation au niveau des estimations. Il n'a pas été possible d'évaluer la cohérence pour tous les résultats, car certains n'étaient mesurés que dans le cadre d'une seule étude.

Justification de la force et de la direction de la recommandation

Bien que les éléments probants soient limités, l'autoefficacité et l'autonomisation sont cruciales pour les femmes vivant avec le VIH, comme le montrent les conclusions de l'enquête mondiale sur les valeurs et les préférences (GVPS) (37). Des observations ayant trait à plusieurs domaines d'intervention montrent que la dynamique liée au pouvoir a des incidences sur les résultats en matière de santé, en particulier pour les groupes vulnérables, ce qui explique que le GDG ait attribué une valeur importante à l'autoefficacité et à l'autonomisation. Le GDG a débattu pour savoir si la

REC B.1 devait être qualifiée de recommandation forte ou soumise à des réserves. Afin d'obtenir une première indication quant à l'avis des membres du GDG sur la question, la spécialiste en méthodologie a demandé aux participants de lever la main pour montrer leur appui à chaque option de façon séparée. Il ne s'agissait pas d'un vote formel, mais d'une aide à la prise de décision devant permettre à la spécialiste en méthodologie et aux présidents d'avoir une meilleure idée de la répartition des différents avis, afin de pouvoir ultérieurement chercher le consensus en poursuivant la discussion. Un consensus unanime parmi les membres du GDG a permis de confirmer l'adoption définitive de la REC B.1 en tant que recommandation forte.

Faisabilité

10 programmes différents avec des adaptations multiples et internationales ont été étudiés dans cinq pays, ce qui a permis de faire une évaluation de faisabilité initiale. Certains agents de santé, comme les pairs éducateurs, seront peut-être mieux en mesure de mettre en oeuvre les interventions par rapport à d'autres, en fonction de la formation et des ressources.

Valeurs et préférences

Les femmes vivant avec le VIH ayant répondu à l'enquête GVPS ont soulevé un certain nombre de problèmes liés à l'égalité entre les sexes et à la justice sociale. Les répondantes ont déclaré que le pouvoir d'agir et l'autonomie des femmes et des filles en matière de prise de décision relative à la SDR dépendaient d'un ensemble de facteurs culturels, économiques, sociaux/structurels et juridiques, notamment les normes de genre et les rapports de force, les croyances religieuses et culturelles, la stigmatisation et la discrimination liés au VIH et/ou de tout un éventail d'autres facteurs démographiques (par exemple l'âge, le genre, la sexualité, l'appartenance ethnique, ainsi que la race, la classe, le handicap). Parmi les autres facteurs ayant une incidence sur leur capacité à agir et leur autonomie, citons l'accès à l'information et aux services, ainsi que l'existence de lois qui garantissent ou au contraire érodent les droits des femmes vivant avec le VIH dans toute leur diversité. Les femmes vivant avec le VIH ont fait état d'une difficulté généralisée en matière de prise de décision pour savoir quand, comment et avec qui avoir un rapport sexuel et si elles souhaitent avoir des enfants et quand. Elles ont également signalé des difficultés au niveau de la prise de décision relative à l'utilisation du préservatif, aux négociations pour des rapports protégés et elles ont en particulier souligné le fait que parvenir à une vie sexuelle satisfaisante et source de plaisir constituait un défi. L'inégalité financière et le manque d'opportunités économiques formelles pour les femmes sont des éléments ayant été signalés de façon constante par les participantes à l'étude dans le cadre de leur prise de décision concernant leur vie sexuelle, leurs désirs en matière de fécondité, ainsi que leur accès aux services de SSR et leur utilisation de ces services. Elles ont également déclaré que l'insécurité ou les difficultés financières avaient de sérieuses incidences sur leur santé mentale. Les femmes ont expliqué que les liens sociaux fondés sur l'inégalité entre les sexes pouvaient limiter de façon importante l'aptitude des femmes à agir en matière de SSR et à faire valoir et respecter leurs droits fondamentaux. Elles ont fait valoir que la SSR et les droits fondamentaux pour toutes les femmes, y compris les femmes vivant avec le VIH et les femmes des populations clés, devaient être intégrés dans un cadre d'égalité entre les sexes et de justice sociale. Les femmes ont signalé que la stigmatisation et la discrimination graves dont sont victimes les femmes vivant avec le VIH issues de populations clés touchées, en particulier les femmes lesbiennes, transgenres ou actives dans le commerce du sexe, ont un impact négatif sur leur autoefficacité dans leur prise de décision en matière de SSR (37). Les normes culturelles et de genre qui perpétuent les faibles connaissances et un accès insuffisant aux ressources (comme les services d'éducation complète à la sexualité et les services SSR destinés aux filles et aux jeunes femmes), ainsi que les obstacles juridiques (tels que les lois portant sur l'âge du consentement et les restrictions en matière d'accès à des soins d'avortement sécurisé et post-avortement sûrs) entravent leur capacité à prendre des décisions relatives à la SSR et leur autoefficacité.



4.1.2 Communication brève relative à la sexualité (CBS)

Recommandations et déclarations de bonnes pratiques existantes relatives à la CBS

REC B.2 : La communication brève relative à la sexualité (CBS) est recommandée dans les services de santé primaires pour la prévention des infections sexuellement transmissibles chez l'adulte et l'adolescent. *(recommandation forte, données de qualité faible à moyenne)*

REC B.3 : Il est recommandé de former les prestataires de soins de santé pour leur apporter des connaissances en matière de santé sexuelle et des compétences sur la CBS. *(recommandation forte, données de qualité faible à très faible)*

GPS B.1 : Les responsables de l'élaboration des politiques de santé et les décideurs dans les établissements de formation des professionnels de soins de santé devraient veiller à ce que, là où elle est introduite, la communication brève relative à la sexualité respecte et protège les droits humains des clients et permette leur épanouissement.

Remarques

- Ces recommandations et déclarations de bonnes pratiques existantes utilisées dans les présentes directives ont été tirées de la publication de 2015 de l'OMS intitulée *Communication brève relative à la sexualité (CBS) : recommandations pour une approche de santé publique* (25).
- Comme le stipulent les recommandations de l'OMS de 2015 relatives à la CBS, « la mise en œuvre des recommandations doit se fonder sur l'épidémiologie des IST/du VIH et sur le contexte local de l'épidémie, conformément aux stratégies nationales de prévention et de lutte contre les IST, et doit mobiliser l'ensemble des parties prenantes nationales » (25). Les prestataires devront prendre en compte l'environnement favorable aux femmes vivant avec le VIH, tel que présenté au Chapitre 3 du présent document, ainsi que la situation propre à chaque femme afin de garantir la protection des droits et la promotion de la SSR.
- Vous trouverez de plus amples informations dans la publication d'origine, disponible à l'adresse : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204278/1/9789242549003_fre.pdf?ua=1

i. Contexte

La communication brève relative à la sexualité (CBS) constitue une approche en matière de prestation de services permettant de promouvoir le bien-être sexuel. Dans le cadre de la CBS, le prestataire de services (infirmier, médecin ou éducateur spécialisé dans la santé) utilise ses compétences de counselling pour prendre en charge les problèmes d'ordre sexuel et les problèmes personnels ou psychologiques connexes et promouvoir le bien-être. La CBS tient compte des dimensions psychologiques et sociales de la santé et du bien-être sexuels ainsi que des aspects biologiques (25).

Valeurs et préférences

Les participantes à l'enquête ont souligné l'importance de : l'accès aux informations relatives à une sexualité positive et au plaisir sexuel (y compris les informations abordant les normes de genre et les tabous sexuels) ; l'accès à un conseil psychosexuel ; la confiance entre des partenaires intimes, ainsi qu'entre les clients et les prestataires de services SSR ; la fourniture d'un appui en ce qui concerne la divulgation ; et l'accès à des prestataires de services de SSR sensibilisés et suffisamment informés au sujet des besoins SSR des femmes transgenres et des femmes ayant des relations avec des personnes de même sexe (37).



4.1.3 Santé mentale

Aucune recommandation ni déclaration de bonnes pratiques nouvelle ou existante n'a été identifiée ou définie dans ce domaine. Cela dit, la santé mentale demeure un sujet central pour les femmes vivant avec le VIH et constitue un volet essentiel dans le passage à la SDRS des femmes vivant avec le VIH. L'ensemble des orientations existantes de l'OMS en matière de santé mentale sont analysées ci-dessous.

i. Contexte

Le VIH est un catalyseur pour les problèmes de santé mentale comme la dépression, le sentiment de rejet et l'insomnie. Des lignes directrices complètes relatives à la santé mentale figurent dans l'édition de 2015 du *Guide d'intervention mhGAP* (mhGAP-IG, version uniquement en anglais) (87), qui constitue une mise à jour de la

première version de ce guide, publiée pour la première fois en 2010 (104). Afin d'éviter les doubles emplois, le GDG, lors de la réunion de cadrage en janvier 2015, a ainsi choisi de ne pas élaborer de recommandations spécifiques relatives à la santé mentale des femmes vivant avec le VIH mais de renvoyer aux orientations existantes, étant donné que la plupart des approches visant à lutter contre la dépression, l'anxiété et l'état de stress post-traumatique dont souffrent les femmes vivant avec le VIH victimes de stress et de traumatisme sont similaires aux approches qui s'appliqueraient à toutes les femmes. Le mhGAP-IG présente des orientations sur la prise en charge intégrée des pathologies prioritaires à l'aide de protocoles de prise de décisions cliniques (87). Les pathologies prioritaires représentées dans le mhGAP-IG incluent la dépression, la psychose, les troubles bipolaires, l'épilepsie, les troubles du développement et du comportement chez les enfants et les adolescents, la démence, les troubles liés à la consommation d'alcool, ceux liés à l'utilisation de substances psychoactives, les conduites autoagressives / suicidaires et les autres plaintes émotionnelles importantes ou médicalement inexplicables.

L'ensemble des orientations devrait être utilisé pour chaque femme en fonction de sa situation spécifique, en accordant une attention particulière à la façon dont les recommandations sont mises en œuvre pour appuyer une femme vivant avec le VIH en tenant compte de ses besoins connexes, de sa situation et de ses préoccupations (87). Des orientations supplémentaires sont disponibles dans la publication de 2014 intitulée *Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy* (105).

Le mhGAP-IG présente les principes généraux de soins pour toutes les personnes recherchant des soins de santé, y compris pour les personnes présentant des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives et leurs aidants. Il vise à « promouvoir le respect de la sphère privée des personnes sollicitant des soins pour des troubles mentaux, neurologiques ou liés à l'utilisation de substances psychoactives, faire en sorte que les prestataires de soins de santé entretiennent de bonnes relations avec ces personnes et avec leurs aidants, et leur répondre de manière encourageante, sans les juger ni les stigmatiser » (87).

Le guide présente en outre les principes généraux et fondements suivants relatifs aux pratiques cliniques en matière de santé mentale.

Principes généraux :

1. Utiliser des techniques de communication efficaces : L'utilisation de techniques de communication efficaces permet aux prestataires de soins de santé de dispenser des soins de bonne qualité aux adultes, aux adolescents et aux enfants présentant des troubles mentaux, neurologiques ou liés à l'utilisation de substances psychoactives.
2. Promouvoir le respect et la dignité : Il convient de traiter les personnes souffrant de troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives avec respect et dignité, en tenant compte des spécificités culturelles. En tant que prestataire de soins de santé, veillez à respecter et encourager la volonté et les préférences des personnes présentant des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives. Soutenez-les et faites-les participer, ainsi que leurs aidants, de la façon la plus active possible. Les personnes souffrant de troubles mentaux, neurologiques ou liés à l'utilisation de substances psychoactives sont souvent plus exposées aux violations des droits humains. Il est donc essentiel qu'au sein des structures de soins de santé les prestataires encouragent les droits des personnes présentant des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives, conformément aux normes internationales en matière de droits de l'homme, y compris la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées.

Fondements relatifs aux pratiques cliniques en matière de santé mentale :

1. Évaluez la santé physique : les personnes souffrant de troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives ont plus de risques de mourir prématurément de maladies évitables et leur santé physique doit donc toujours être évaluée dans le cadre d'un examen complet.
2. Menez une évaluation des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives : commencez d'abord par le motif de la consultation, puis relevez l'histoire médicale en posant des questions au sujet des antécédents de troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives, des problèmes de santé en général, des antécédents de troubles dans la famille et de l'histoire psychosociale. Observez la personne (examen de l'état mental), posez un diagnostic différentiel et identifiez les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives.
3. Prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives : une fois l'évaluation terminée, suivez l'algorithme de prise en charge du mhGAP-IG pour prendre en charge les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives (87).

Valeurs et préférences



Les femmes vivant avec le VIH ayant répondu à l'enquête GVPS ont décrit un processus complexe, alliant le diagnostic du VIH, la violence et d'autres facteurs de stress, y compris les sources de revenus et les effets secondaires du traitement, ayant des retombées sur la santé mentale des personnes et pouvant ensuite avoir des conséquences négatives sur leur capacité à jouir de leur SDR. Parmi les conséquences des troubles de santé mentale sur la SDR des femmes vivant avec le VIH, on compte : la perte/ l'absence de libido ou d'appétit sexuel, ou un besoin accru d'intimité sexuelle ; un manque de confiance en soi dans les relations sexuelles, y compris une incapacité à négocier l'utilisation du préservatif ; des secrets en lien avec la divulgation du VIH dans le cadre des relations ; des difficultés à s'investir dans des relations sexuelles, un manque de confiance ou la décision de rester auprès de partenaires violents ou maltraitants ; des troubles du sommeil et des douleurs liés à l'anxiété ; et la dépendance à l'alcool ou aux drogues, qui peuvent entraver l'établissement de rapports intimes et privilégiés. Parmi les facteurs clés identifiés par les femmes ayant participé à l'enquête et qui leur apportent un soutien en ce qui concerne les problèmes de santé mentale, il y a : le counselling et le soutien par les pairs ; l'accès à des groupes de soutien par et pour les femmes vivant avec le VIH (voir également la section 3.2.1) ; l'accès à des services de soins de santé holistiques qui incluent un appui pour les problèmes de santé mentale ou accordent de l'attention à ces problèmes ; la sécurité ; et un cadre juridique et politique habilitant. Du point de vue clinique, l'accès à des soins psychosociaux et à des services de conseil réguliers et sans stigmatisation est décisif (37).

4.2 Services destinés aux femmes victimes de violence

4.2.1 Divulgation sans danger

NOUVELLE recommandations relatives à une divulgation sans danger

REC B.4 : L'OMS recommande que les responsables de l'élaboration des politiques et les prestataires de services qui apportent un soutien aux femmes vivant avec le VIH reconnaissent que beaucoup d'entre elles qui envisagent une divulgation volontaire de leur infection sont victimes de la violence exercée par le partenaire intime ou exposées au risque de cette violence ou craignent d'en être victimes.

(recommandation forte, données de faible qualité)

REC B.5 : L'OMS recommande que les interventions et services de soutien destinés aux femmes vivant avec le VIH qui envisagent une divulgation volontaire de leur infection couvrent notamment les difficultés de leur situation actuelle, les risques d'être victimes d'actes de violence du fait d'une telle divulgation et les mesures propres à favoriser une divulgation à moindre risque et qu'ils facilitent les liens avec les services disponibles de prévention de la violence et de soins aux victimes.

(recommandation forte, données de faible qualité)

Remarques

- La divulgation du statut pour le VIH est un processus et non un événement ponctuel pour les femmes vivant avec le VIH. Les femmes doivent pouvoir choisir de façon éclairée à qui, pour qui, quand, où et comment elles divulguent leur statut. Les femmes vivant avec le VIH gagneraient à être appuyées pour évaluer les éventuels bénéfices d'une divulgation, comme par exemple un soutien de la part de leur famille, de leurs amis et des membres de la communauté des femmes vivant avec le VIH pour suivre un traitement aux antirétroviraux (TAR). Elles gagneraient également à être appuyées lorsqu'elles étudient les difficultés que la divulgation peut présenter, notamment par rapport aux réactions des partenaires sexuels, des membres de la famille et des amis (ou d'autres, comme les employeurs ou les clients), qui pourraient avoir pour résultat de renforcer la stigmatisation, la violence ou de réduire leur accès à des ressources.
- En veillant à ce que les femmes elles-mêmes soient maîtresses de leur décision quant à la divulgation tout en ayant le soutien des autres, y compris des agents de santé, et à ce qu'elles ne soient pas forcées de divulguer leur statut ou de voir leur statut révélé pour leur compte, on cherche à apporter un soutien important aux femmes tout en leur garantissant l'exercice de leurs droits fondamentaux.
- Le counselling devrait inclure des informations au sujet du risque de violence et devrait tenir compte de la prévalence et du risque élevés de violence pour les femmes vivant avec le VIH.
- Dans les pays où la transmission du VIH est érigée en infraction, la divulgation sans danger peut se révéler impossible. De plus, de nombreuses femmes sont victimes de violence ne relevant pas de la divulgation de leur statut. La violence relative à la divulgation et autre est abordée plus en détail au Chapitre 3 des présentes lignes directrices (voir section 3.2.5).

Recommandations existantes relatives à une divulgation sans danger

REC B.6 : Les adolescentes devraient être conseillées quant aux avantages et aux risques potentiels d'une divulgation à autrui de leur infection par le VIH et habilitées à déterminer si une telle divulgation est judicieuse, quand et comment elle devrait intervenir et qui devrait être informé, et recevoir un soutien à cette fin.
(recommandation avec réserve, données de très faible qualité)

Remarques

- Cette recommandation existante utilisée dans les présentes directives est tirée de la publication de 2013 de l'OMS intitulée *HIV and adolescents : guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV : recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers* (64).
- Vous trouverez de plus amples informations dans la publication d'origine, qui est également disponible sous la forme d'un outil interactif en ligne, *Adolescent HIV testing, counselling and care : implementation guidance for health providers and planners* (67), disponible à l'adresse : <http://apps.who.int/adolescent/hiv-testing-treatment/>

REC B.7 : Des services de dépistage du VIH destinés aux couples et aux partenaires sexuels, avec un soutien en vue de la divulgation mutuelle, devraient être offerts aux personnes que l'on sait infectées par le virus et à leurs partenaires.

(recommandation forte, données de faible qualité en ce qui concerne tous les sujets infectés par le VIH dans toutes les situations d'épidémie ; recommandation avec réserve, données de faible qualité en ce qui concerne tous les sujets non infectés par le VIH en fonction de la prévalence du virus dans le pays)

Remarques

- Cette recommandation existante utilisée dans les présentes directives est tirée de la publication de 2012 de l'OMS intitulée *Guidance on couples HIV testing and counselling including antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples : recommendations for a public health approach* (106).
- Vous trouverez de plus amples informations dans la publication d'origine, disponible à l'adresse : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44646/1/9789241501972_eng.pdf

REC B.8 : Des initiatives devraient être mises en place pour faire respecter la protection de la sphère privée et instituer des politiques, des lois et des normes propres à prévenir la discrimination des personnes vivant avec le VIH et à promouvoir la tolérance et l'acceptation à leur égard. On peut ainsi aider à créer des environnements propres à faciliter la divulgation de l'infection.

(recommandation forte, données de faible qualité)

REC B.9 : Les enfants d'âge scolaire porteurs du VIH devraient être informés de leur séropositivité ; les enfants plus jeunes devraient être informés de manière progressive compte tenu de leurs compétences cognitives et de leur maturité affective afin de préparer une divulgation complète.

(recommandation forte, données de faible qualité)

REC B.10 : Les enfants d'âge scolaire* devraient être informés de la séropositivité de leurs parents ou des personnes qui s'occupent d'eux. Les enfants plus jeunes devraient être informés de manière progressive, compte tenu de leurs compétences cognitives et de leur maturité affective.

(Recommandation avec réserve, données de faible qualité)

Remarques

- Ces trois recommandations existantes utilisées dans les présentes directives ont été tirées de la publication de 2011 de l'OMS intitulée *Guideline on HIV disclosure counselling for children up to 12 years of age* (107).
- Il convient de noter que dans le document, sont définis les enfants en âge d'être scolarisés comme les enfants disposant des aptitudes cognitives et de la maturité affective d'un enfant de 6 à 12 ans au développement normal (107).
- Vous trouverez de plus amples informations dans la publication d'origine, disponible à l'adresse : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44777/1/9789241502863_eng.pdf

i. Contexte

Pour les femmes vivant avec le VIH, la divulgation du statut peut faciliter l'accès à des services de soins de santé, y compris au traitement antirétroviral (TAR) pour la prévention de la transmission périnatale, ainsi que l'accès à un soutien social et à des possibilités de planification future avec des partenaires (108, 109). Cependant, la divulgation du statut VIH peut également présenter des risques. Une revue systématique des taux, des barrières et des résultats de la divulgation du statut sérologique pour le VIH parmi les femmes vivant avec le VIH a permis de trouver des taux de

divulgués déclarés allant de 17% à 86% dans des articles revus par des pairs et des actes de conférence (110). Suite à la divulgation, 4% à 15% des femmes ont signalé une réaction violente de la part de leur partenaire (110). Les femmes peuvent se montrer réticentes lorsqu'il s'agit de divulguer leur statut en raison des retombées négatives potentielles, telles que la violence, l'abandon, la dissolution d'une union, la stigmatisation et la perte de leurs enfants et/ou de leur foyer (111). Une étude récente montre que le secteur de la santé peut jouer un rôle préventif en sensibilisant le personnel de santé aux risques potentiels de violence exercée par le partenaire suite à une divulgation et en veillant à ce que chaque décision des femmes vivant avec le VIH de divulguer leur statut soit éclairée et volontaire (112).

Les services de dépistage du VIH doivent être confidentiels, ce qui signifie que ce qui se dit entre le prestataire et le client ne doit pas être révélé à un tiers sans le consentement exprès de la personne se soumettant au test de dépistage. La confidentialité doit être respectée mais cela ne devrait pas accroître la culture du secret, la stigmatisation ou la honte. Les conseillers devraient entre autres aborder la question de savoir qui la personne souhaite informer et comment elle souhaite s'y prendre. Une confidentialité partagée avec un partenaire ou des membres de la famille (des personnes de confiance) et avec les prestataires de soins de santé s'avère souvent très bénéfique (11).

Comme le souligne un document d'orientation de l'ONUSIDA/OMS (2000) :

L'ONUSIDA et l'OMS préconisent la divulgation à des fins bénéfiques. Il doit s'agir d'une divulgation volontaire ; qui respecte l'autonomie et la dignité des personnes affectées ; qui préserve la confidentialité, s'il y a lieu ; qui ait une issue bénéfique pour l'individu, ses partenaires sexuels ou d'injection de drogues, et pour sa famille ; qui débouche sur une plus grande franchise au sein de la communauté à propos du VIH/SIDA ; et qui satisfasse aux impératifs de l'éthique afin d'éviter la propagation du VIH » (113).

Il est essentiel d'appuyer les femmes vivant avec le VIH afin qu'elles aient accès à un ensemble complet de services de SDRS et à des options en matière de soutien social, tout en veillant à leur bien-être et à leur sécurité. En 2006, l'OMS a publié un rapport de réunion portant sur la lutte contre les violences faites aux femmes lors des services de dépistage du VIH et de conseil. Le rapport demandait une recherche opérationnelle pour évaluer les outils de conseil, de communication et d'aiguillage destinés à soutenir les femmes lors des processus de planification de la divulgation et de la réduction des risques.

ii. Ensemble des moyens d'appréciation et des considérations relatifs aux nouvelles recommandations

Lors de la réunion de cadrage de janvier 2015 pour les présentes lignes directrices, le GDG a décidé que les interventions visant à faciliter une divulgation plus sûre du statut VIH des femmes vivant avec le VIH devaient faire l'objet d'une révision en vue de cette publication. La question PICO était la suivante : **Quelles sont les interventions encourageant la divulgation sans danger du statut sérologique pour le VIH des femmes vivant avec le virus qui redoutent des violences ou qui déclarent faire l'objet de violences ?** La revue incluait des études conduites auprès de groupes témoins et utilisait pour qualifier la violence, le partenaire intime et d'autres sujets pertinents les définitions des lignes directrices de l'OMS de 2013 relatives à la violence entre partenaires intimes et à la violence sexuelle (81). La question PICO incluait toutes les populations des femmes vivant avec le VIH, toutes les durées d'une vie avec le VIH et tous les types de violence. La violence actuelle a été définie comme étant la violence survenue au cours des 12 derniers mois ou selon une autre définition indiquant un risque de violence actuel ; cela ne comprenait pas le risque ou l'expérience de la violence remontant à une période ancienne et n'ayant plus cours. Vous trouverez de plus amples informations sur la revue à l'annexe en ligne des présentes orientations.²

Résultats

Les données factuelles relatives aux interventions permettant de faciliter une divulgation plus sûre du statut pour le VIH sont limitées. Seules deux études, toutes deux des essais contrôlés randomisés, ont été identifiées dans le cadre d'une revue systématique de la littérature grise et soumise à un comité de lecture. Les deux études identifiées dans le cadre de la revue portaient sur la divulgation auprès du partenaire, par opposition à d'autres membres de la famille, de la communauté, du système de santé ou d'une autre structure. De plus, les deux études évaluaient des interventions intégrant le dépistage du VPI au test de dépistage et au conseil en lien avec le VIH et formaient les conseillers à la facilitation de discussions portant sur la divulgation en fonction du risque d'une femme d'être victime de violence. Les activités de conseil comprenaient des questionnaires structurés ayant pour objectif d'aider les

2. Disponible à l'adresse : www.who.int/reproductivehealth/publications/gender_rights/srhr-women-hiv/en/

femmes à évaluer le risque de préjudice suite à une divulgation. Les conseillers étaient ensuite formés pour étudier le risque des femmes d'être confrontées à la violence en lien avec une divulgation et pour envisager des alternatives le cas échéant. Les activités de mobilisation communautaire visant à combattre la violence, les groupes de soutien et les services d'assistance juridique sur site figuraient parmi les éléments d'intervention supplémentaires. La divulgation, la violence physique, la violence sexuelle et la violence émotionnelle figuraient parmi les résultats inclus dans les études. Aucune des études n'avait été conçue pour isoler spécifiquement l'apport des éléments à l'appui d'une divulgation plus sûre par rapport aux divers éléments des interventions plus larges, ce qui explique l'absence de preuves manifestes de l'efficacité d'une intervention pour une divulgation plus sûre. Les données probantes semblent cependant indiquer que les femmes qui divulguent leur statut ont de fortes chances d'être dans des relations non violentes. De plus, les conclusions des études « semblent indiquer que malgré la barrière importante que le VPI continue à représenter en ce qui concerne la divulgation pour les femmes qui redoutent la violence, ce dernier n'a pas été abordé de façon adéquate dans le cadre des approches actuelles relatives à la fourniture de tests de dépistage, de traitement et de services de soins de santé pour le VIH dans les structures de soins de santé » (111). Les études à venir doivent se pencher sur d'autres relations en lien avec la divulgation (c'est-à-dire différentes de la divulgation auprès des partenaires), ainsi que sur l'efficacité comparative des différentes interventions, y compris d'éventuelles interventions menées tant en milieu clinique que communautaire. Cela permettra peut-être de mettre en exergue la contribution potentielle du soutien par les pairs, ce qui permettrait de réduire les ressources nécessaires à l'intervention en matière de soins de santé.

Qualité des données factuelles pour la recommandation

La qualité des données était faible à très faible, avec des déclassements dans le cas de preuves très indirectes – sachant que les résultats ont été mesurés pour toutes les femmes vivant avec le VIH plutôt qu'uniquement pour les femmes bénéficiant des interventions à l'appui d'une divulgation plus sûre – et dans le cas d'incohérences, étant donné que les deux études aboutissaient à des résultats différents.

Justification de la force et de la direction de la recommandation

En dépit de la faible qualité des données factuelles, le GDG a qualifié la recommandation de forte. Cette décision s'est fondée sur (i) la valeur très élevée conférée à la sécurité au moment de la divulgation et après pour les femmes vivant avec le VIH ; (ii) les importants bénéfices potentiels pour les individus, les partenaires, les familles et les communautés ; et (iii) la conviction que la mise en œuvre de l'intervention permettrait d'améliorer l'équité. Le GDG a longuement discuté de la charge supplémentaire que cette recommandation représenterait pour les agents de santé, mais a reconnu que, de façon générale, les agents de santé souhaitent favoriser la santé, le bien-être et les droits de leurs patients. Par conséquent, l'acceptabilité de cette recommandation serait élevée dans les limites de sa faisabilité.

Faisabilité

Le GDG a considéré que la faisabilité de l'intervention était incertaine. Ceci était en partie dû à la charge supplémentaire que la recommandation supposerait pour les agents de santé et le système de santé si elle venait à être appliquée, compte tenu de la forte prévalence de la violence à l'encontre des femmes, avec 35% de femmes âgées de 15 ans et plus victimes de violence physique ou sexuelle dans le monde (114). Le GDG s'est également dit préoccupé par les ressources nécessaires à la mise en œuvre. Des interventions à assise communautaire ou en clinique peuvent s'avérer nécessaires pour gérer les stratégies et les préoccupations liées aux ressources. Le GDG a évoqué la nécessité de veiller à ce que la divulgation soit toujours volontaire. Cependant, si une femme décide de divulguer son statut, elle doit être soutenue et en sécurité. Les lois et les politiques qui exigent la divulgation rendraient irréalisables ces recommandations.

Valeurs et préférences



Dans le cadre de l'enquête GVPS, les femmes ont déclaré que la sécurité pour les femmes vivant avec le VIH était primordiale. La principale conclusion significative de l'enquête était que les femmes vivant avec le VIH sont exposées à des niveaux de violence élevés, que beaucoup d'entre elles ont qualifié d'« intolérables » : 89 % des femmes interrogées ont signalé avoir été victimes de violence ou avoir vécu dans la crainte de la violence, avant, depuis ou en raison de leur diagnostic. Les femmes ont expliqué que le diagnostic pour le VIH jouait un rôle spécifique de déclencheur pour la violence. Certaines des répondantes redoutaient de divulguer leur statut à un partenaire.

Les répondantes ont appelé à la sécurité au sein des structures de soins de santé, chez elles et au sein de leur communauté. L'appui en matière de lutte contre la violence interpersonnelle était considéré comme étant un élément central. Les femmes ont déclaré que les soins de santé pour les femmes et les filles vivant avec le VIH devaient être accessibles, abordables et disponibles, avec la fourniture de soins intégrés et d'un soutien, tant en matière de SSR que de violence sexiste. Les femmes ont fait état d'expériences de divulgation involontaire au sein des services de soins de santé, ainsi que d'atteintes à la vie privée ou à la confidentialité, de pressions ou de coercition pour divulguer leur statut à leurs partenaires ou à d'autres membres de la famille, et de stigmatisation, de discrimination ou d'attitudes moralisatrices de la part des prestataires eux-mêmes. Les femmes interrogées ont souligné le fait que les services de santé devaient être des espaces sûrs pour les femmes, afin qu'elles puissent y faire appel sans crainte d'être confrontées à ce types d'expériences ou d'attitudes. Elles ont déclaré que les femmes ayant récemment reçu un diagnostic de VIH devraient se voir proposer un conseil et un appui par les pairs. Les femmes vivant avec le VIH ont déclaré qu'il était nécessaire que le personnel de santé dépasse les frontières des cliniques afin d'encourager et de proposer des liens avec des programmes à assise communautaire pour les femmes victimes de violence ou craignant la violence en lien avec une divulgation. Elles souhaiteraient que le personnel de santé aiguille les femmes victimes de violence exercée par le partenaire intime (violence psychologique et/ou physique) ou propose des options en matière de soins et d'appui, comme des refuges et des activités pouvant dégager des revenus, entre autres (37).

4.3 Services de planification familiale et de lutte contre la stérilité

4.3.1 Stratégies pour assurer une grossesse sans danger et saine

Recommandations existantes relatives aux stratégies visant à assurer une grossesse sans danger et saine

REC B.11 : Dans les pays où la transmission touche des couples sérodiscordants, où l'on peut repérer de tels couples et où des choix supplémentaires de prévention du VIH sont nécessaires, une prophylaxie postexposition par voie orale quotidienne (ténofovir ou association ténofovir emtricitabine) peut être envisagée comme intervention supplémentaire éventuelle dans le cas du partenaire non infecté.

(Recommandation avec réserve, données de haute qualité)

Remarques

- Cette recommandation existante utilisée dans les présentes directives est tirée de la publication de 2012 de l'OMS intitulée *Guidance on oral pre-exposure prophylaxis (PrEP) for serodiscordant couples, men and transgender women who have sex with men at high risk of HIV : recommendations for use in the context of demonstration projects (115)*.
- Vous trouverez de plus amples informations dans la publication d'origine, disponible à l'adresse : http://www.who.int/hiv/pub/guidance_prep/en/

Recommandations existantes relatives aux stratégies visant à assurer une grossesse sans danger et saine (suite)

REC B.12 : TAR à initier chez tous les adultes vivant avec le VIH, quels que soient le stade clinique de l'OMS et la numération des CD4.

(recommandation forte, données de qualité moyenne)

Remarques

- Cette recommandation existante est tirée des *Lignes directrices unifiées* de l'OMS de 2016 relatives à l'utilisation de médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH : recommandations pour une approche de santé publique (7).
- Vous trouverez de plus amples informations dans la publication d'origine (français : note d'orientation uniquement), disponible à l'adresse : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206448/1/9789241509893_fre.pdf?ua=1 (Anglais : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf)

i. Contexte

La conception et la fourniture de soins relatifs à la fécondité pour les femmes vivant avec le VIH devraient reposer sur plusieurs principes clés. Des méthodes de planification familiale adaptées aux femmes vivant avec le VIH sont essentielles pour assurer une santé et des droits satisfaisants en matière de sexualité et de reproduction. Les activités de conseil permettent aux prestataires de soins de santé de communiquer avec un(e) client(e) afin d'identifier les désirs en matière de fécondité et de conseiller une femme ou un couple vivant avec le VIH au sujet de la fécondité et d'une grossesse. La publication de 2012 de l'OMS intitulée *Choix en matière de procréation et planification familiale pour les personnes vivant avec le VIH. Outil de conseil* fournit des orientations aux prestataires afin qu'ils utilisent avec leur client une approche visant à apprécier, conseiller, décider, aider et organiser (116). Il est important que les prestataires, lorsqu'ils proposent des services de conseil, assurent l'égalité dans l'accès aux ressources afin de permettre une prise de décision éclairée en matière de choix procréatifs, et de créer des environnements qui réduisent la stigmatisation associée au VIH et à l'infécondité et encouragent la divulgation volontaire et sans danger du statut pour le VIH et en matière de fécondité auprès des partenaires (117).

Plusieurs options à l'appui d'une grossesse sans danger pour les femmes vivant avec le VIH et ayant des relations sérodiscordantes ont été identifiées. Parmi celles-ci, il y a : le recours de la femme vivant avec le VIH au traitement antirétroviral (TAR) pour supprimer sa charge virale ; l'utilisation par le partenaire séronégatif d'une prophylaxie pré-exposition orale (PrEP) ; l'utilisation de préservatifs lorsque la femme n'est pas à son pic de fertilité ; le dépistage et le traitement des IST chez les deux partenaires ; la circoncision masculine volontaire pour réduire la transmission du VIH ; et l'insémination manuelle. Les tests et la prise en charge de la fécondité sont importants pour tous les couples qui rencontrent des problèmes de fécondité (117). Actuellement, il n'est pas possible d'élaborer des orientations définitives sur la meilleure façon d'administrer la prise orale quotidienne de PrEP aux partenaires séronégatifs pour le VIH (homme ou femme) au sein des couples sérodiscordants ; un projet de recherche expérimental s'avère nécessaire pour cela et il est en cours.

Des directives OMS supplémentaires relatives à l'infécondité et à des stratégies pour une conception sans danger sont en cours d'élaboration.

Valeurs et préférences



Les femmes vivant avec le VIH ayant répondu à l'enquête GVPS ont déclaré avoir été confrontées à des réactions négatives de la part des prestataires de soins de santé lorsqu'elles ont exprimé leur désir ou leur intention d'avoir un enfant (indépendamment du fait qu'elles aient déjà des enfants ou non). Ces réactions prenaient la forme d'une dissuasion, de désapprobation, de pressions pour mettre un terme à la grossesse si celle-ci était déjà en cours, de désinformation au sujet des résultats potentiels ou probables pour l'enfant, de violence verbale et de mauvais traitements et/ou de négligence lors des soins prénatals et de l'accouchement. Les femmes vivant avec le VIH s'étant livrées au travail du sexe ont parfois été particulièrement visées par des mauvais traitements de la part des prestataires de soins de santé au cours de la grossesse et lors de l'accouchement. Des cas de femmes vivant avec le VIH qu'on force ou contraint à la stérilisation ont été rapportés ; cette pratique est aujourd'hui largement considérée comme une violation des droits fondamentaux des femmes vivant avec le VIH et comme une violence sexiste institutionnalisée. Dans certains pays, les femmes vivant avec le VIH ont signalé que les traitements relatifs à la fécondité leur avaient été refusés.

Les femmes vivant avec le VIH ont exprimé le souhait de recevoir un ensemble de conseils portant sur des options variées en matière de techniques de conception appropriées et sans danger, ainsi que sur la grossesse et l'accouchement et ont déclaré vouloir un accès équitable au traitement de l'infécondité si besoin, ainsi qu'un accès aux services d'adoption légaux. Elles ont souligné la nécessité d'avoir accès à des informations précises et récentes sur le risque de transmission aux partenaires lors de la conception, ainsi que sur le risque de transmission périnatale aux enfants. Les femmes ayant participé à l'enquête ont accentué l'importance de bénéficier d'un soutien de la part de médecins et d'autres prestataires de confiance pour réaliser leurs désirs de fécondité – avoir des enfants nés sans infection à VIH – et d'un soutien de la part des autres femmes vivant avec le VIH et ayant eu des enfants (37).

4.3.2 Contraception

Recommandation existante relative à la contraception

REC B.13 : L'utilisation correcte et systématique de préservatifs avec des lubrifiants compatibles est recommandée à tous les groupes clés pour éviter la transmission sexuelle du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST).

(recommandation forte, données de qualité moyenne)

Remarques

- Cette recommandation existante utilisée dans les présentes directives est tirée de la publication de l'OMS intitulée *Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés – version de 2016 (10)*.
- Les femmes vivant avec le VIH appartiennent aux populations clés.
- Vous trouverez de plus amples informations dans la publication d'origine, disponible à l'adresse : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246217/1/9789290312222-fre.pdf?ua=1>

Recommandations existantes relatives aux critères de recevabilité médicale (MEC) pour l'utilisation de méthodes de contraception hormonale

Remarque : Catégories MEC (118) :

1. État où l'utilisation de la méthode contraceptive n'appelle aucune restriction. État où les avantages de la méthode contraceptive l'emportent en général sur les risques théoriques ou avérés.
2. État où les risques théoriques ou avérés l'emportent généralement sur les avantages procurés par l'emploi de la méthode.
3. État équivalent à un risque inacceptable pour la santé en cas d'utilisation de la méthode contraceptive.
4. Ces catégories se trouvent dans le document source document en lieu et place de l'information relative à la force d'une recommandation.

REC B.14 : Les femmes vivant avec une infection à VIH asymptomatique ou légère (stade de l'OMS 1 ou 2) peuvent utiliser les méthodes de contraception hormonale suivantes sans restriction : contraceptifs oraux combinés (COC), contraceptifs injectables combinés (CIC), patches et anneaux contraceptifs, pilules de progestatif seul (PPS), progestatif seul injectable (PSI, acétate de médroxyprogestatif retard [AMPR] et énanthate de noréthistérone [NET-EN]), et implants au lévonorgestrel (LNG) et à l'étonorgestrel (ETG) (catégorie 1 utilisée dans la publication *Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*). Les femmes vivant avec une infection à VIH asymptomatique ou légère (stade de l'OMS 1 ou 2) peuvent en général utiliser le DIU-LNG (catégorie 2) (partie I, section 12b)
(Données de qualité moyenne à très faible)

REC B.15 : Les femmes vivant avec une infection à VIH sévère ou à un stade avancé (stade de l'OMS 3 ou 4) peuvent utiliser les méthodes de contraception hormonale suivantes sans restriction : COC, CIC, patches et anneaux contraceptifs, PPS, PSI (AMPR et NET-EN), implants au LNG et implants à l'ETG (catégorie 1). Les femmes vivant avec une infection à VIH sévère ou à un stade avancé (stade de l'OMS 3 ou 4) ne devraient généralement pas adopter le DIU-LNG (catégorie 3 pour l'adoption) avant que leur maladie ne se soit améliorée et ait évolué vers une forme asymptomatique ou légère (stade de l'OMS 1 ou 2). Les femmes ayant déjà un DIU-LNG posé qui développent une infection à VIH sévère ou à un stade avancé n'ont pas besoin de se faire retirer leur DIU (catégorie 2 pour la continuation). Si un DIU-LNG est utilisé chez les cas d'infection à VIH sévère ou à un stade avancé, on surveillera de près l'apparition éventuelle d'une maladie inflammatoire pelvienne (partie I, section 12c)
(Données de qualité moyenne à très faible)

REC B.16 : Les femmes prenant un inhibiteur nucléosidique/nucléotidique de la transcriptase inversée (INTI) peuvent utiliser les méthodes de contraception hormonale suivantes sans restriction : COC, CIC, patches et anneaux contraceptifs, PPS, PSI (AMPR et NET-EN), implants au LNG et implants à l'ETG (catégorie 1) (partie I, section 12d)
(Données de qualité faible à très faible)

REC B.17 : Les femmes sous TAR comprenant l'éfavirenz ou la névoparine peuvent généralement utiliser les COC, CIC, patches et anneaux contraceptifs, PPS, NET-EN et implants (catégorie 2). Elles peuvent toutefois utiliser l'AMPR sans restriction (partie I, section 12d)
(Données de qualité faible à très faible)

REC B.18 : Les femmes qui prennent les INNTI plus récents, dont l'étravirine et la rilpivirine, peuvent utiliser toutes les méthodes de contraception hormonale sans restriction (catégorie 1) (partie I, section 12d)
(Données de qualité faible à très faible)

REC B.19 : Les femmes sous inhibiteurs de la protéase (par exemple ritonavir et ARV boostés par le ritonavir) peuvent en général utiliser les méthodes de contraception suivantes : COC, CIC, patches et anneaux contraceptifs, PPS, NET-EN, implants au LNG et implants à l'ETG (catégorie 2) et peuvent utiliser l'AMPR sans restriction (catégorie 1) (partie I, section 12d)
(Données de qualité : faible à très faible)

REC B.20 : Les femmes sous l'inhibiteur de l'intégrase raltégravir peuvent utiliser toutes les méthodes de contraception hormonale sans restriction (catégorie 1) (partie I, section 12d)
(Données de qualité : faible à très faible)

REC B.21 : Dispositif intra-utérin : Les femmes sous ARV peuvent en général utiliser le DIU-LNG (catégorie 2), à condition que leur infection à VIH soit asymptomatique ou légère (stade de l'OMS 1 ou 2). Les femmes vivant avec une infection à VIH sévère ou à un stade avancé (stade de l'OMS 3 ou 4) ne devraient généralement pas adopter le DIU-LNG (catégorie 3 pour l'adoption) avant que leur maladie ne se soit améliorée et ait évolué vers une forme asymptomatique ou légère. Les femmes qui ont déjà un DIU-LNG posé et qui développent une infection à VIH sévère ou à un stade avancé n'ont pas besoin de faire retirer leur DIU (catégorie 2 pour la continuation). Si un DIU-LNG est utilisé chez des cas qui développent une infection à VIH sévère ou à un stade avancé, on surveillera de près l'apparition éventuelle d'une maladie inflammatoire pelvienne (partie I, section 12d)
(Données de qualité : faible à très faible)

Remarques

- Ces recommandations existantes utilisées dans les présentes directives ont été tirées de la publication de 2015 de l'OMS intitulée *Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. Cinquième édition (118)*.
- Vous trouverez de plus amples informations dans la publication d'origine, disponible à l'adresse : <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249591/9789242549157-fre.pdf>

CIC : contraceptif injectable combiné ; COC : contraceptif oral combiné (pilule) ; AMPR : acétate de médorogestérone retard ; ETG : étonogestrel ; DIU : dispositif intra-utérin ; LNG : lévonorgestrel ; MEC : *Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives* (publication de l'OMS [118]) ; NET-EN : énanthate de noréthistérone ; NNRTI : non-nucléoside reverse transcriptase inhibitors ; INNTI : inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inversée ; PSI : progestatif seul injectable ; PPS : pilule de progestatif seul.

Déclaration de bonnes pratiques existante relative aux exigences en matière d'autorisation d'un tiers pour les services liés à la contraception

GPS B.2 : Il est recommandé de ne plus exiger l'autorisation de tiers pour obtenir des contraceptifs et des informations et services dans ce domaine, notamment l'autorisation du conjoint dans le cas des femmes vivant avec le VIH.

Remarques

- Cette déclaration de bonne pratique existante utilisée dans les présentes directives a été tirée de la publication de l'OMS intitulée *Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés – mise à jour de 2016 (10)*.
- Le terme « recommandé » est inclus dans le texte parce qu'il s'agit de ce que l'on appelait les « recommandations de bonnes pratiques » ; il ne s'agit cependant pas d'une recommandation de l'OMS fondée sur l'approche GRADE – il s'agit d'une déclaration de bonne pratique.
- Vous trouverez de plus amples informations dans la publication d'origine, disponible à l'adresse : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246217/1/9789290312222-fre.pdf?ua=1>

i. Contexte

Tel que stipulé dans une déclaration interinstitutions de 2014 :

Les normes relatives aux droits humains reconnaissent aux femmes vivant avec le VIH le droit à la contraception et à d'autres services en matière de santé reproductive, au même titre que toutes les autres femmes. Ces normes stipulent que des méthodes contraceptives sûres et abordables devraient être disponibles et que les femmes devraient pouvoir choisir librement ou refuser les services de planification familiale (y compris les services de stérilisation). Ces normes exigent des prestataires de soins de santé qu'ils respectent l'autonomie, la vie privée et la confidentialité et n'exercent pas de contrainte sur ce plan, et demandent que la liberté en matière de reproduction ne soit pas restreinte dans le cadre de services de planification familiale, de prévention du VIH ou d'un autre programme de santé publique (28).

L'utilisation volontaire de moyens contraceptifs par les femmes vivant avec le VIH qui souhaitent éviter une grossesse continue d'être importante pour faire respecter leur droits en matière de reproduction. Elle continue également de relever d'une stratégie importante pour la réduction de la transmission périnatale du VIH (74). L'OMS, dans le cadre de la cinquième édition du document intitulé *Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives* (le MEC), publié en 2015, a fait de la disponibilité d'un large éventail de moyens de contraception une priorité (118).

Il peut exister un risque d'interactions médicamenteuses entre les contraceptifs hormonaux et les médicaments antirétroviraux (ARV). Les prestataires de soins de santé doivent donc se référer aux recommandations relatives aux interactions avec les ARV (qui figurent dans le MEC) lorsqu'ils conseillent les femmes vivant avec le VIH au sujet de l'efficacité d'une méthode contraceptive. Une femme vivant avec le VIH et prenant des antirétroviraux devrait aborder les effets potentiels de certains des ARV sur l'efficacité du contraceptif avec son prestataire de soins de santé, étant donné que les recommandations sont différentes pour les femmes selon le stade du VIH (118). Ceci confirme la nécessité d'assurer la disponibilité d'un éventail complet de contraceptifs, la possibilité d'un choix éclairé et la présence de médecins et d'autres prestataires positifs, afin que les femmes vivant avec le VIH aient le sentiment de pouvoir étudier différentes options en profondeur. La troisième édition mise à jour de la *Sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives* (la SPR) de l'OMS, publiée en 2016, indique comment employer les méthodes contraceptives de manière sûre et efficace une fois qu'elles sont jugées médicalement

appropriées (119). La SPR est l'un de deux guides fondamentaux avec les orientations du MEC, qui fournit des informations approfondies sur la sécurité de diverses méthodes contraceptives destinées à être utilisées en présence de pathologies ou de caractéristiques sanitaires particulières. Selon le MEC, les femmes vivant avec une infection à VIH asymptomatique et les femmes atteintes du sida peuvent utiliser la plupart des méthodes de contraception de façon efficace et en toute sécurité (118).

Les préservatifs restent une composante essentielle des programmes de prévention du VIH à fort impact, et sont également une composante essentielle d'une stratégie complète et durable de prévention combinée des IST et des grossesses non désirées (120). Les préservatifs masculins et féminins sont par conséquent également importants pour les femmes vivant avec le VIH, afin qu'elles se protègent. Afin de garantir la sécurité, l'efficacité et une utilisation efficiente, les préservatifs doivent être fabriqués conformément aux normes, spécifications et procédures internationales d'assurance de la qualité établies par l'OMS l'UNFPA et l'Organisation internationale de normalisation (ISO) (121, 122) et ils doivent être mis à disposition soit gratuitement, soit à un prix abordable. Dans les milieux aux ressources limitées, les gens sont davantage susceptibles d'utiliser des préservatifs lorsqu'ils peuvent y accéder gratuitement ou à des prix subventionnés (120).

De nombreuses jeunes femmes et jeunes filles, en particulier celles qui sont mariées ou dans une relation de longue durée, ainsi que les travailleuses du sexe, n'ont ni le pouvoir ni les capacités de moyenner l'utilisation de préservatifs, car les hommes se montrent bien souvent réticents à l'idée de les utiliser et ont généralement plus de pouvoir au sein de la relation. Dans ce contexte, le fait de suggérer l'utilisation de préservatifs peut être interprété comme un manque de confiance ou d'intimité.

Les activités de conseil permettent aux prestataires de soins de santé de communiquer avec un client afin d'identifier les désirs de fécondité et de partager des informations au sujet de l'éventail complet d'options en matière de contraception, dans le cas où une femme choisit volontairement d'éviter une grossesse. Le document de 2012 de l'OMS « Choix en matière de procréation et planification familiale pour les personnes vivant avec le VIH. Outil de conseil » fournit des orientations aux prestataires afin qu'ils utilisent avec leur client une approche visant à apprécier, conseiller, décider, aider et organiser (116). Des services de conseils en matière de planification familiale adaptés aux besoins et aux droits des femmes vivant avec le VIH sont essentiels pour faire progresser leur SDSR. Là où des services du VIH et de planification familiale sont proposés au travers d'un programme vertical séparé, les femmes doivent être aiguillées pour pouvoir s'orienter vers les services dont elles ont besoin (voir section 3.2.4).

L'encadré 4.1 fournit plus d'informations sur les outils d'orientation relatifs à la contraception et l'encadré 4.2 présente les principales considérations relatives à la contraception pour les femmes vivant avec le VIH issues de populations clés.

Encadré 4.1 : Outils d'orientation relatifs à la contraception

La planification familiale est essentielle pour promouvoir le bien-être et l'autonomie des femmes, y compris les femmes vivant avec le VIH, leurs familles et leurs communautés. Il est primordial de garantir la qualité des soins dans le cadre des services liés à la contraception si l'on veut atteindre des normes de santé élevées pour tous. Afin que les agents de santé puissent offrir des services de contraception de haute qualité, les programmes en matière de contraception doivent inclure un certain nombre d'éléments, comme par exemple :

- le choix parmi un nombre étendu de méthodes contraceptives ;
- des informations étayées relatives à l'efficacité, aux risques et aux bénéfices des différentes méthodes ;
- des agents de santé compétents sur le plan technique et qualifiés ;
- des liens prestataire-utilisateur fondés sur le respect du choix éclairé, le respect de la vie privée et de la confidentialité ; et
- une série appropriée de services disponibles dans une même localité.

Les outils OMS suivants peuvent aider les prestataires de soins de santé ainsi que leurs clients à identifier les meilleures alternatives en matière de contraception, en fonction de l'état de santé actuel de chaque client :

- *Disque pour le choix des méthodes contraceptives selon les critères de recevabilité médicale. Mise à jour 2015* (123).
- *Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. Cinquième édition* (le MEC, 2015). La présente publication contient des tableaux récapitulatifs des orientations pour les femmes selon les différents stades de progression du VIH (118).
- *Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives. 3ème édition* (la SPR, 2016) (119).

Encadré 4.2 : Considérations clés sur la contraception pour les femmes vivant avec le VIH issues des populations clés

- Il est important que les services de contraception soient gratuits, volontaires et sans coercition pour tous les membres des populations clés.
- Il est important que les services de santé dans les prisons offrent des contraceptifs aux femmes dans les centres fermés.
- Il est important de conseiller les femmes transgenres qui utilisent des pilules contraceptives pour la féminisation sur les risques plus élevés d'incidents thrombotiques avec de l'éthinylestradiol qu'avec du 17-beta estradiol.
- Les travailleurs(se)s de sexe devraient recevoir des conseils en matière de contraception afin d'explorer l'intention de grossesse et bénéficier d'une gamme d'options en matière de contraception, y compris la double protection.
- Il est important que les prestataires de services en contact avec les consommatrices de drogues leur offrent des contraceptifs, y compris des contraceptifs hormonaux, dans le cadre de l'ensemble de soins standard.

Source : OMS, 2016 (10).

Valeurs et préférences

Les femmes vivant avec le VIH et ayant participé à l'enquête GVPS ont déclaré n'avoir parfois accès qu'à un nombre limité d'options en matière de contraception et être parfois obligées ou contraintes d'accepter des méthodes contraceptives à long terme ou permanentes. Les femmes vivant avec le VIH ont déclaré que les préservatifs masculins étaient tout autant un outil qu'un obstacle à une vie sexuelle sans danger et source de plaisir. La majorité des femmes a fait état d'un accès et d'une expérience très limités en ce qui concerne les préservatifs féminins.

Certaines femmes ont signalé que toute une gamme de choix en matière de contraception leur était refusée au sein des structures de soins, les prestataires les poussant à utiliser des préservatifs sous couvert de réduire le risque de propagation. Étant donné la difficulté qu'éprouvent bon nombre de femmes vivant avec le VIH à négocier et à recourir de façon systématique aux préservatifs masculins ou féminins, le fait de restreindre leurs choix en matière de contraception aux options tributaires de la coopération d'un partenaire peut leur faire courir un risque de grossesse non désirée.

Près de 60% des femmes ayant participé à l'enquête GVPS ont déclaré avoir fait l'expérience d'une grossesse non planifiée. Seules 40% ont déclaré avoir eu accès à des services de planification familiale. Dans certains contextes, les participantes ont signalé des niveaux très faibles en matière de compréhension, de sensibilisation et d'éducation à la sexualité, de grossesse et en matière de prévention des grossesses (37). Ce constat est vrai pour beaucoup de femmes, y compris les jeunes femmes et les adolescentes, les femmes issues des populations clés, ainsi que les travailleuses du sexe. Il est important de noter que les dynamiques de genre jouent un rôle central dans la prise de décision relative à l'accès et à l'utilisation de la contraception, ainsi que dans la prise de décision au sujet du nombre d'enfants et de l'espacement des grossesses.



4.4 Services de soins prénatals et de santé maternelle

4.4.1 Césarienne

NOUVELLE recommandation relative à la césarienne

REC B.22 : L'OMS recommande de ne pas conseiller systématiquement une césarienne à toutes les femmes enceintes vivant avec le VIH.

(recommandation forte, données de faible qualité)

Remarques

- Les bénéfices et les risques des différents modes de prestation devraient être abordés avec les femmes vivant avec le VIH, y compris l'accouchement par voie basse et la césarienne planifiée et non planifiée.
- Lorsque, pour d'autres raisons médicales ou obstétriques, la césarienne est recommandée, elle devrait tout de même être proposée, comme pour toutes les femmes.
- Il sera important de diffuser cette recommandation à large échelle au travers de documents de politique et d'autres supports, étant donné que de nombreux prestataires de soins de santé continuent à croire que la césarienne est la meilleure alternative pour les femmes vivant avec le VIH, ce qui mène à des décisions et des pratiques coercitives en matière d'accouchement.
- Les femmes sur lesquelles on pratique une césarienne sont parfois également stérilisées sans leur consentement. La stérilisation forcée ou contrainte n'est jamais acceptable (28).
- Dans de nombreux contextes où la charge de VIH est élevée, les femmes ayant besoin d'une césarienne n'y ont pas accès, notamment dans les zones rurales. Lorsqu'une césarienne est conseillée d'un point de vue médical, elle devrait être disponible, accessible, abordable et sûre.

i. Contexte

La césarienne pratiquée avant le début du travail et la rupture des membranes (« césarienne planifiée ») a été évoquée comme intervention pour la prévention de la transmission périnatale du VIH. Pour toutes les femmes, lorsqu'elle est médicalement justifiée, la césarienne peut prévenir efficacement la mortalité et la morbidité maternelles et périnatales. Toutefois, aucune donnée ne montre que l'accouchement par césarienne ait un effet bénéfique chez la femme ou le nourrisson lorsqu'il n'est pas nécessaire. Comme toute intervention chirurgicale, la césarienne est associée à des risques à court et à long termes pouvant perdurer plusieurs années après l'accouchement et affecter la santé de la femme et de son enfant ainsi que les grossesses ultérieures. En outre, si les césariennes sont parfois une nécessité médicale et qu'elles permettent de sauver des vies, elles peuvent également représenter un danger et parfois mener à des décès maternels, notamment dans les lieux ne disposant pas des infrastructures et/ou capacités nécessaires pour garantir la sécurité chirurgicale et traiter les complications chirurgicales. Ces risques peuvent être plus élevés pour les femmes dont le système immunitaire est affaibli, comme les femmes vivant avec le VIH et les femmes n'ayant qu'un accès restreint à des soins de santé obstétriques complets. Les césariennes qui ne sont pas indispensables devraient donc être évitées et n'être pratiquées qu'en cas d'indication médicale standard (124).

Pour les femmes vivant avec le VIH, ainsi que pour toutes les femmes, la décision de pratiquer ou non une césarienne planifiée doit tenir compte de l'ensemble des risques ainsi que des bénéfices potentiels, tant pour la mère que pour le nouveau-né. Ces risques et ces bénéfices varient en fonction du risque sous-jacent de transmission périnatale au cours de l'accouchement, qui est associée au stade de la maladie et à l'utilisation du TAR, et en fonction des risques sous-jacents d'une césarienne par rapport à un accouchement par voie basse, tant pour la mère que pour le nouveau-né.

ii. Ensemble des moyens d'appréciation et des considérations relatifs à la nouvelle recommandation

Lors de la réunion de cadrage de janvier 2015, le GDG a convenu d'étudier les types d'accouchement contribuant aux meilleurs résultats pour la mère et l'enfant dans le cas des femmes vivant avec le VIH. La question PICO était la suivante : **Quelles sont les types d'accouchement permettant d'obtenir les meilleurs résultats pour la mère et le nouveau-né chez les femmes vivant avec le VIH ?** Les études analysées étaient chacune conduite auprès d'un groupe témoin de femmes vivant avec le VIH et dont le type d'accouchement était différent d'une césarienne. Parmi les résultats, il y avait : (a) la morbidité et la mortalité chez les femmes (par exemple la morbidité fébrile, l'endométriose, l'hémorragie, l'anémie aiguë, la pneumonie, les infections urinaires) ; (b) le VIH chez les nourrissons ; (c) d'autres facteurs de morbidité et de mortalité chez les nouveau-nés (par exemple la morbidité respiratoire, lacérations cutanées) ; et (d) l'allaitement au sein (réussite ou chronologie de la mise en route et de la continuation). Vous trouverez de plus amples informations sur les méthodes et les conclusions de la revue à l'annexe en ligne des présentes orientations.

Résultats

La revue incluait 31 articles mais beaucoup moins d'études, en raison des nombreuses publications portant sur un petit nombre d'études multipays (125). Une seule étude était un essai contrôlé randomisé, tandis que toutes les autres étaient des études d'observation (en cohorte ou auprès de cas-témoins). La plupart des études avaient été menées aux USA ou en Europe (10 pays), tandis que les autres provenaient d'Argentine, des Bahamas, du Brésil, de l'Inde, de la Jamaïque, du Mexique, du Nigéria, du Pérou et d'Afrique du Sud. Pratiquement toutes les études mesuraient le VIH chez le nourrisson, tandis qu'un nombre plus restreint mesurait les résultats sanitaires chez la mère et qu'une seule étude mesurait les résultats sanitaires chez l'enfant. La plupart des résultats étaient mesurés immédiatement après la naissance, ne fournissant aucune information relative aux morbidités distales. En dépit d'un nombre d'études significatif, peu d'études récentes étaient axées sur les femmes sous TAR et/ou dont la charge virale était supprimée. Des données de qualité faible à très faible semblent indiquer que la césarienne réduirait l'acquisition du VIH par le nouveau-né mais augmenterait la morbidité maternelle et du nourrisson. Des données de qualité très faible semblent indiquer que, dans le contexte de l'utilisation du TAR, les différences tant au niveau de l'acquisition du VIH par le nourrisson que de la morbidité maternelle et du nourrisson sont moins marquées d'un type d'accouchement à l'autre.

Qualité des données factuelles pour la recommandation

La qualité des données disponibles est faible à très faible. La cote a été abaissée en raison d'un sérieux risque de biais dû à une probabilité élevée de plusieurs autres éléments perturbateurs, ainsi qu'en raison de l'imprécision pour tous les résultats et des incohérences pour le résultat sous « n'importe quelle morbidité ».

Justification de la force et de la direction de la recommandation

Le GDG s'est considérablement penché sur cette recommandation et en a conclu qu'elle devait être qualifiée de forte, malgré la faible qualité des données, pour les raisons suivantes : (i) les préjudices potentiels (par exemple l'état septique, l'hémorragie) de la césarienne l'emportent sur les avantages ; (ii) les césariennes sont difficiles à réaliser et infaisables dans de nombreux contextes connaissant une forte prévalence du VIH au sein de la population générale ; (iii) les césariennes peuvent s'avérer plus coûteuses que les naissances par voie basse, ce qui peut entraver la réalisation d'une SSR optimale pour les femmes vivant avec le VIH et ayant des moyens limités, et peut créer des barrières à la santé plus tard. Les membres du GDG étaient d'accord pour dire qu'il est essentiel de ne pas systématiquement recommander des césariennes pour toutes les femmes vivant avec le VIH uniquement en raison de leur VIH, mais ont cependant noté qu'il demeure primordial de proposer la césarienne aux femmes vivant avec le VIH dans le cas d'une indication médicale, comme pour toutes les femmes.

Faisabilité

Les césariennes sont des opérations difficiles et potentiellement dangereuses à réaliser dans bon nombre de contextes. Elles sont coûteuses, nécessitent un équipement pouvant être limité et peuvent avoir des issues défavorables, comme par exemple l'état septique. Ne pas réaliser de césarienne en routine serait plus faisable que de réaliser systématiquement des césariennes. Il est important d'appuyer les médecins en leur fournissant des informations correctes et actualisées sur les meilleures pratiques et d'informer et de capaciter les femmes afin qu'elles puissent décider en toute confiance de ne pas recourir inutilement aux césariennes. Il peut y avoir des incitations financières destinées aux prestataires de soins de santé afin qu'ils pratiquent des césariennes ; cependant, elles ne devraient être réalisées que lorsque cela est médicalement indiqué pour la santé de la mère et du bébé (28).

Valeurs et préférences

Les femmes vivant avec le VIH et ayant répondu à l'enquête GVPS ont déclaré avoir souffert d'un manque systématique d'inclusion dans les prises de décision, et d'un manque de choix pour leurs propres soins de SSR, y compris pour les types d'accouchements. Elles ont clairement indiqué que les principes liés aux droits fondamentaux devaient être intégrés à toutes les politiques, toutes les pratiques et tous les programmes de formation en soins de santé et que la coercition n'est jamais acceptable, sous quelque forme que ce soit (37).



4.4.2 Travail et délivrance

Aucune recommandation ni déclaration de bonnes pratiques nouvelle ou existante n'a été identifiée ou définie dans ce domaine. Les recommandations pour toutes les femmes, y compris les femmes vivant avec le VIH (sans que les recommandations ne s'adressent spécifiquement à ces dernières, en revanche), figurent dans les deux publications suivantes de l'OMS, datant de 2015 : *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care : a guide for essential practice, third edition (127)*, and *Recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections (128)*.

i. Contexte

Parmi les manifestations des violations des droits humains dont sont victimes les femmes vivant avec le VIH, on compte « le fait d'être dissuadée d'avoir des enfants, les mauvais traitements enceinte [par exemple la négligence au moment de l'accouchement] et la stérilisation forcée ou contrainte » en raison d'un statut positif pour le VIH (82). Partout dans le monde, de nombreuses femmes font l'expérience de traitements irrespectueux, de négligence ou de mauvais traitements pendant l'accouchement en établissement de soins. Ce genre de traitement constitue non seulement une violation de leurs droits à des soins fondés sur le respect, mais il constitue aussi une menace à leurs droits à la vie, à la santé, à l'intégrité physique et à l'absence de discrimination (26). De telles pratiques peuvent avoir des impacts négatifs directs tant pour la mère que pour son bébé (26).

Les rapports publiés sur le manque de respect et les mauvais traitements subis par les femmes lors de l'accouchement en établissement de soins font état d'agressions physiques, d'humiliations graves, d'agressions verbales, de procédures médicales imposées de manière coercitive ou effectuées sans l'obtention d'un consentement (incluant la stérilisation), de manque de confidentialité, d'absence de consentement pleinement éclairé, de refus de leur administrer des médicaments contre la douleur, de violations flagrantes de leur intimité, de refus d'admission dans les établissements de santé, de négligence entraînant des complications évitables et qui constituent une menace pour leur vie, et de détention des femmes et de leur bébé dans l'établissement, après la naissance, lorsque la mère est incapable d'acquiescer les frais exigés (26, 126). Certaines femmes sont plus susceptibles que d'autres d'être victimes de manque de respect ou de mauvais traitements, notamment les adolescentes, les mères célibataires, les femmes défavorisées sur le plan socio-économique, les femmes issues de minorités ethniques, les immigrantes et les femmes séropositives (26, 126).

Pour atteindre des standards élevés et fondés sur le respect en matière de soins de santé maternelle durant l'accouchement, les systèmes de santé doivent être organisés et gérés de manière à garantir la santé sexuelle et génésique des femmes, ainsi que leur droits à la personne (26).

Afin de prévenir et d'éliminer le manque de respect et les mauvais traitements durant l'accouchement en établissement de soins, des actions s'imposent à travers le monde :

1. Un plus grand soutien des gouvernements et des partenaires du développement envers la recherche et les mesures à prendre concernant le manque de respect et de mauvais traitements.
2. Initier, soutenir et maintenir des programmes visant à améliorer la qualité des soins de santé maternelle, avec un accent sur un aspect essentiel de la qualité des soins : le respect.
3. Souligner le droit des femmes à bénéficier de soins dignes et respectueux, pendant la grossesse et l'accouchement.
4. Générer des données sur les pratiques de soins fondés sur le respect ou non, sur des systèmes d'imputabilité et sur le soutien significatif aux professionnels.
5. Impliquer tous les acteurs, y compris les femmes, dans les efforts d'amélioration de la qualité des soins et de l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements (26).

Valeurs et préférences



Les femmes vivant avec le VIH et ayant participé à l'enquête GVPS ont souligné que le travail et la délivrance sont des moments au cours desquels les femmes peuvent potentiellement être négligées et les soins qu'on leur prodigue peuvent être discriminatoires, en raison de la vision qu'a l'agent de santé du VIH. Les répondantes ont souligné la nécessité (i) d'éduquer les familles, les amis, les communautés et les prestataires de soins de santé au sujet des droits des femmes vivant avec le VIH ; (ii) de normaliser une grossesse et un accouchement « positifs » ; et (iii) de veiller à ce que les femmes aient droit à des soins et à un appui, qui ne dépendent pas de la divulgation auprès des partenaires. Les femmes ont également largement reconnu que les agents de santé peuvent se montrer très bienveillants et utiles lors du travail et de la délivrance, notamment lorsque les femmes vivant avec le VIH sont elles-mêmes bien informées pour faire leurs choix parce qu'elles ont eu accès à des informations pertinentes, actualisées et fiables relatives au VIH, à la grossesse et à la transmission. La connaissance de soi et la confiance dans ses propres décisions ont également été cités au nombre des facteurs importants (37).

4.4.3 Prévention et traitement de l'hémorragie du post-partum (HPP)

Recommandation existante relative à la prévention et au traitement de l'HPP

REC B.23 : Le clampage tardif du cordon ombilical (effectué 1 à 3 minutes après la naissance) est recommandé pour tous les nouveau-nés en même temps que l'initiation des soins essentiels.
(recommandation forte, données de qualité moyenne)

Remarques

- Cette recommandation existante utilisée dans les présentes directives est tirée de la publication de 2012 de l'OMS intitulée *Recommandations de l'OMS pour la prévention et le traitement de l'hémorragie du post-partum (129)*.
- Les recommandations de la publication de 2012 s'appliquent à toutes les femmes, y compris aux femmes vivant avec le VIH
- Des considérations pour les femmes vivant avec le VIH se trouvent dans ce document. Seule la recommandation proposée ci-dessus et portant sur le clampage tardif du cordon ombilical contient un commentaire précis relatif aux femmes vivant avec le VIH, comme suit : « Le clampage tardif du cordon est recommandé y compris chez les femmes vivant avec le VIH ou les femmes dont on ignore le statut VIH ».
- Vous trouverez de plus amples informations dans la publication d'origine, disponible à l'adresse : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141487/9789242548501_fre.pdf

i. Contexte

Tel que décrit dans le document de 2012, *Recommandations de l'OMS pour la prévention et le traitement de l'hémorragie du post-partum*, le clampage et la section précoces du cordon représentaient des éléments centraux de la prise en charge active de la délivrance pour la prévention de la HPP (129). Cependant, cette composante ainsi que d'autres composantes clés de la prise en charge active de la délivrance (administration d'un utérotonique en prophylaxie après l'expulsion, traction contrôlée du cordon et massage utérin) ont fait l'objet d'un réexamen et d'une révision. La publication de 2012 contient les recommandations actuelles, y compris la REC B.23 ci-dessus.

Certains professionnels de santé exerçant dans des régions à forte prévalence du VIH ont soulevé des préoccupations concernant le clampage tardif du cordon dans le cadre de la prise en charge active de la délivrance. Ils craignent que le placenta partiellement détaché lors du décollement ne soit exposé au sang maternel ce qui entraînerait alors une microtransfusion de sang maternel au nouveau-né.

Il a été démontré que la transmission mère-enfant du VIH peut avoir lieu à trois occasions : (a) lors de microtransfusions de sang maternel vers le fœtus survenant pendant la grossesse (transmission intra-utérine du VIH), lorsque, (b) dans un accouchement par voie basse, le fœtus passe dans la filière pelvi-génitale et est exposé au sang maternel et aux sécrétions vaginales (transmission intra-partum), et enfin (c) pendant l'allaitement (infection postnatale). Par conséquent, la principale intervention pour réduire la transmission mère-enfant consiste à donner à la mère des antirétroviraux pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale afin de faire baisser sa charge

virale. Il n'existe aucune donnée montrant que le clampage tardif du cordon augmenterait le risque de transmission du VIH de la mère à son nouveau-né. Pendant toute la grossesse, le sang maternel passe à travers les espaces intervillositaires du placenta ; le risque de transmission de la mère au fœtus avant l'accouchement est alors relativement faible. Il est très improbable que le décollement du placenta augmente l'exposition au sang maternel et tout aussi improbable qu'il bouleverse la circulation placentaire fœtale (le risque que la circulation sanguine du nouveau-né soit exposé au sang maternel pendant le décollement du placenta est très faible). Ainsi, les effets bénéfiques prouvés d'un clampage tardif du cordon, pratiqué une à trois minutes au moins après l'accouchement, sont supérieurs aux effets nocifs potentiels non établis (129).

Valeurs et préférences

Les femmes vivant avec le VIH et ayant répondu à l'enquête GVPS ont souligné la nécessité de normaliser les notions de grossesse et d'accouchement « positifs » afin d'améliorer les résultats pour un travail et un accouchement sans danger. Elles ont suggéré une éducation relative aux droits des femmes vivant avec le VIH destinée aux familles, aux amis, aux communautés et aux agents de santé et ont rappelé la nécessité de veiller à ce que les femmes aient droit à des soins et à un appui qui ne dépendent pas de la divulgation auprès des partenaires (37).



4.4.4 Prévention de la transmission périnatale du VIH

Recommandations existantes relatives à la mise en route d'un traitement antirétroviral (TAR*

REC B.24 : Le TAR devrait être initié chez tous les adolescents vivant avec le VIH quels que soient le stade de l'OMS et la numération des CD4.

(Recommandation avec réserve, données de faible qualité)

REC B.25 : Le TAR devrait être initié à titre prioritaire chez tous les adolescents vivant avec une infection à VIH sévère ou à un stade avancé (stade de l'OMS 3 ou 4) et chez les adolescents dont la numération des CD4 atteint ou dépasse 350 cellules/mm³.

(recommandation forte, données de qualité moyenne)

Remarques

- Ces recommandations existantes sont tirées des *Lignes directrices unifiées* de l'OMS de 2016 relatives à l'utilisation de médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH : recommandations pour une approche de santé publique (7).
- Vous trouverez de plus amples informations dans la publication d'origine (français : note d'orientation uniquement), disponible à l'adresse : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206448/1/9789241509893_fre.pdf?ua=1 (Anglais : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf)

* Voir également la REC B.12 à la section 4.3.1.

Recommandation existante relative à la transmission périnatale du VIH

REC B.26 : Le TAR devrait être initié chez toutes les femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH indépendamment du stade de l'OMS et de la numération des CD4 et poursuivi tout au long de la vie.

(recommandation forte, données de qualité moyenne)

Remarques

- Cette recommandation existante est tirée des *Lignes directrices unifiées* de l'OMS de 2016 relatives à l'utilisation de médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH : recommandations pour une approche de santé publique. Deuxième édition (7).
- Vous trouverez de plus amples informations dans la publication d'origine, disponible à l'adresse : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206448/1/9789241509893_fre.pdf?ua=1 (Anglais : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf)

Recommandation et déclaration de bonne pratique existantes relatives au VIH et à l'alimentation du nourrisson

REC B.27 : Les mères vivant avec le VIH devraient allaiter pendant 12 mois au moins et peuvent poursuivre l'allaitement jusqu'à 24 mois ou plus (comme les autres femmes) tout en bénéficiant d'un soutien complet pour l'observance du TAR .

(recommandation forte, données de faible qualité pour 12 mois, de très faible qualité pour 24 mois)

GPS B.3 : Il convient de faire valoir aux mères vivant avec le VIH et aux agents de santé que le TAR réduit le risque de transmission du VIH après la naissance dans le contexte d'une alimentation mixte. Si l'allaitement exclusif est recommandé, l'alimentation mixte ne constitue pas une raison d'arrêter l'allaitement au sein en présence d'antirétroviraux.

Remarques

- Cette recommandation et cette déclaration de bonne pratique existantes utilisées dans les présentes directives sont tirées de la publication de 2016 de l'OMS et de l'UNICEF intitulée *Guideline : updates on HIV and infant feeding : the duration of breastfeeding, and support from health services to improve feeding practices among mothers living with HIV (130)*.
- Vous trouverez de plus amples informations dans la publication d'origine, disponible à l'adresse : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246260/1/9789241549707-eng.pdf>

Recommandations existantes relatives à l'accélération du travail

REC B.28 : L'utilisation de l'amniotomie seule pour la prévention de l'allongement du travail n'est pas recommandée.

(Recommandation faible, données de très faible qualité)

Remarque : Les recommandations de 2014 stipulent la chose suivante : « L'amniotomie précoce peut augmenter le risque de transmission périnatale du VIH. Cette recommandation pourrait donc être renforcée dans les milieux connaissant une prévalence d'infection à VIH et où les femmes peuvent ne pas connaître leur statut pour le VIH au moment où le travail commence ».

REC B.29 : L'utilisation de l'amniotomie et de l'oxytocine pour la prévention de l'allongement du travail n'est pas recommandée.

(Recommandation faible, données de très faible qualité)

Remarque : Les recommandations de 2014 évoquent « La nécessité de se montrer vigilant en ce qui concerne les femmes vivant avec le VIH ».

Remarques

- Ces recommandations existantes utilisées dans les présentes directives sont tirées de la publication de 2014 intitulée *WHO recommendations for augmentation of labour (131)*.
- Ces recommandations contiennent des orientations spécifiques relatives aux variations des recommandations lorsqu'elles concernent des femmes vivant avec le VIH, comme expliqué ci-avant.
- Pour d'autres recommandations relatives à l'accélération du travail, il n'y a pas de différences selon qu'il s'agisse de femmes vivant avec le VIH ou d'autres femmes.
- Vous trouverez de plus amples informations dans la publication d'origine, disponible à l'adresse : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf (recommandations en français : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/200210/WHO_RHR_15.05_fre.pdf).

i. Contexte

La transmission périnatale du VIH, connue également comme la transmission verticale et la transmission du VIH de la mère à l'enfant, fait référence à la transmission du VIH d'une femme vivant avec le virus à son bébé au cours de la grossesse (transmission intra-utérine), du travail et de la délivrance (transmission intrapartum), et de l'allaitement au sein (transmission postpartum). La prévention de la transmission périnatale est principalement axée sur les interventions visant à prévenir la transmission intra-utérine et intrapartum, ainsi que sur la mise en route précoce du TAR chez la femme et sur le maintien de sa santé.

Les quatre volets suivants, qui constituent une stratégie complète de prévention de la transmission périnatale, sont recommandés (74) :

1. La prévention primaire du VIH chez les femmes en âge de procréer
2. La prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH
3. La prévention de la transmission du VIH d'une femme vivant avec le VIH à son enfant
4. Offre de traitement, de soins et soutien appropriés aux femmes, aux enfants vivant avec le VIH et à leurs familles.

Dans le troisième volet, qui est axé sur les interventions directes en vue de la prévention de la transmission verticale, les interventions préventives sont constituées d'une cascade de services : conseils et dépistage du VIH, TAR, accouchements sans risque, alimentation plus sûre des nourrissons, interventions postnatales dans le cas d'une TAR en cours, diagnostic précoce des nourrissons et diagnostic final pour les nourrissons exposés au VIH, lien de la mère et de l'enfant vers les services de soins et de traitement appropriés (volet 4) (10).

La communauté internationale a fait de l'élimination de la transmission périnatale du VIH et de la syphilis une priorité de santé publique. L'initiative d'élimination de la transmission mère-enfant (ETME) du VIH et de la syphilis est axée sur une approche harmonisée de l'amélioration de l'état de santé des mères et des enfants. Cette approche intégrée s'impose pour améliorer l'efficacité et la qualité des services de santé de la mère et de l'enfant, ainsi que pour proposer aux femmes des services de soins primaires plus complets (132).

Il est important de noter que dans le contexte des efforts visant à prévenir la transmission périnatale, la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction des femmes vivant avec le VIH doivent être garantis en maintenant l'accent sur la santé, l'autonomie et les droits fondamentaux pour les femmes tout comme pour les bébés (voir l'Encadré 4.3).

Encadré 4.3 : Une approche du traitement antirétroviral (TAR) centrée sur les droits humains

Chaque TAR devrait être prescrit sur la base d'une approche centrée sur les droits humains. Cela signifie que la femme enceinte ou allaitant au sein reçoit toutes les informations et orientations médicales nécessaires par rapport à sa situation, et qu'elle est soutenue pour faire des choix volontaires relatifs à la mise en route d'un traitement, à sa poursuite et à l'observance/la rétention dans les soins, selon le cas. Les agents de santé doivent aider les femmes à répondre de façon appropriée à leurs besoins en matière de santé et à ceux de leurs enfants.

Afin d'accomplir les quatre volets de l'approche de prévention de la transmission périnatale du VIH, cette section fait écho à la section 4.3.1 : Stratégies pour assurer une grossesse sans danger et saine, ainsi qu'à la section 4.3.2 : La contraception pour les femmes ne souhaitant pas concevoir. Comme pour tous les domaines abordés dans le cadre de ces lignes directrices, les recommandations mettent autant l'accent sur l'équité que sur une approche de mise en oeuvre centrée sur les droits de l'homme. Cela signifie que toutes les femmes devraient avoir accès aux ressources nécessaires pour chacun des quatre volets et devraient être armées pour faire un choix personnel éclairé en matière de planification familiale et de traitement du VIH.

Une implication des hommes, dans le cas où les femmes vivant avec le VIH ont des partenaires masculins, peut favoriser un meilleur état de santé pour les femmes, les enfants et les familles. L'implication des hommes contribue à faciliter la communication au sein du couple, à équilibrer le partage des responsabilités en matière de santé familiale et à améliorer les résultats en matière d'alimentation de l'enfant et de mortalité. Cependant, on devrait toujours consulter les femmes pour savoir quelle implication elles attendent de la part de leurs partenaires ; la participation des hommes ne devrait être une condition d'accès aux services, et les femmes ne devraient en aucun cas être punies si elles se présentent à des interventions sanitaires sans accompagnant masculin. Les inégalités entre les hommes et les femmes peuvent avoir une incidence négative sur la prévention de la transmission périnatale. Vous trouverez plus d'informations sur les programmes transformateurs qui visent à faire évoluer favorablement les inégalités entre hommes et femmes et l'implication dans la publication de 2012 de l'OMS *Impliquer les hommes dans la prévention de la transmission mère-enfant du VIH* (133).

Des considérations de mise en oeuvre supplémentaires à l'appui des volets 3 et 4 sont disponibles dans la publication de 2013 *Toolkit : expanding and simplifying treatment for pregnant women living with HIV : managing the transition to Option B/B+* (134). Parmi les considérations de mise en oeuvre pour le système national de santé, on trouve :

- l'évaluation rapide des progrès en matière de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) ;
- le choix d'un schéma de TAR pour la PTME ;
- l'étude de l'acceptabilité du choix parmi les femmes ;

- l'identification des politiques, des procédures et des exigences en matière de ressources nécessaires à l'adoption de l'option B+ ;
- la préparation du personnel du système de santé, de l'infrastructure, des chaînes d'achat et d'approvisionnement pour une prestation de service optimale ;
- le suivi, l'évaluation et l'assurance de la qualité ;
- le diagnostic précoce du nouveau-né sur le lieu de prise en charge ; et
- une mise en œuvre pilotée par la participation de la communauté, y compris celle des femmes vivant avec le VIH.

Valeurs et préférences



Les femmes vivant avec le VIH ayant participé à l'enquête GVPS ont souligné le fait que les femmes vivant avec le VIH elles-mêmes doivent savoir qu'il est possible de donner naissance à des enfants séronégatifs à travers l'accès à des programmes de prévention de la transmission verticale, qui incluent des conseils et un soutien en matière d'accouchement et d'options d'alimentation du nourrisson et l'accès à des traitement de l'infertilité, si nécessaire.

Les répondantes ont recommandé que les directives pour la prévention de la transmission périnatale abordent la santé mentale et que les agents de santé soient formés en conséquence afin de fournir des services pertinents. Les femmes vivant avec le VIH ont été victimes de violence au sein des structures de soins de santé, plus particulièrement en lien avec le dépistage et la divulgation obligatoires dans les structures de soins prénatals. De plus, de nombreuses femmes vivant avec le VIH continuent à être découragées par les prestataires de soins lorsqu'il s'agit de concevoir un enfant ou de mener une grossesse à terme (qu'elles aient ou non des enfants de grossesses précédentes), jusqu'à faire l'objet d'attaques verbales et de remarques moralisatrices, ainsi que de pressions pour mettre un terme à une grossesse déjà en cours.

Les femmes ont expliqué que, tout comme avec les interventions de SDRS, l'Option B+ devrait être proposée dans le cadre d'une approche axée sur les droits humains. Les femmes devraient avoir des choix en ce qui concerne la mise en route d'un traitement antirétroviral (TAR) et la durée pendant laquelle le TAR est maintenu après la naissance de leur enfant. Même si le TAR est proposé comme une option aux femmes enceintes et allaitant au sein qui vivent avec le VIH, il convient de décider avec la femme si elle souhaite ensuite rester sous TAR à vie. De nombreuses participantes à l'enquête ont déclaré éprouver des effets secondaires dus aux antirétroviraux (ARV), allant de relativement légers à aigus, qui ont un impact négatif sur plusieurs aspects de leur vie, y compris leur capacité à travailler et à profiter pleinement de leur SDRS. Certaines femmes ont également souligné un certain nombre de problèmes réels ou potentiels liés à l'atteinte d'une charge virale indétectable. À ce titre, elles ont notamment évoqué l'interruption du traitement en raison du sentiment d'être « guéries » et des difficultés accrues à avoir des rapports protégés avec des partenaires qui les perçoivent comme étant « non-infectieuses » (37).

4.5 Services d'avortement sécurisé

4.5.1 Avortement sécurisé

NOUVELLES recommandations relatives aux services d'avortement sécurisé

REC B.30 : L'OMS recommande que les femmes vivant avec le VIH qui souhaitent interrompre leur grossesse bénéficient des mêmes services d'avortement sécurisé que les autres femmes.

(recommandation forte, données de très faible qualité)

REC B.31 : L'OMS propose que les femmes vivant avec le VIH qui souhaitent interrompre leur grossesse puissent choisir entre avortement médicamenteux et chirurgical comme toutes les autres femmes.

(recommandation avec réserve, données de très faible qualité)

Remarques

- Les services d'avortement devraient être dénués de coercition et être proposés de façon respectueuse et sans jugement.
- Les agents de santé qui proposent des avortements, au même titre que tous les agents de santé, doivent respecter les droits des femmes vivant avec le VIH en (a) fournissant un accès à cette procédure si souhaitée et (b) en garantissant que les femmes font ce choix pour elles-mêmes.
- Si un seul type d'avortement (médicamenteux ou chirurgical) est proposé dans une structure donnée, les femmes vivant avec le VIH devraient avoir accès à cette option. Le fait que les options soient limitées pour toutes les femmes ne devrait pas avoir pour effet de limiter l'accès des femmes vivant avec le VIH par rapport aux autres femmes.

i. Contexte

L'élimination de l'avortement non sécurisé est l'un des piliers de la SSR. En 2012, l'OMS a publié des orientations relatives à l'avortement sécurisé, qui couvrent les directives en matière de soins cliniques dans diverses situations (32).

Le document de 2012 utilisait les définitions suivantes :

Méthodes médicamenteuses d'interruption de grossesse (avortement médicamenteux) : utilisation de médicaments pour interrompre la grossesse. Les termes « avortement non chirurgical » ou « avortement médicamenteux » sont parfois également utilisés.

Méthodes chirurgicales d'interruption de grossesse (avortement chirurgical) : procédures transcervicales d'interruption, dont l'aspiration, et la dilatation et l'évacuation par aspiration.

Davantage de détails sur chaque méthode d'avortement sont disponibles dans la publication de 2012 de l'OMS intitulée *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé* (32). Vous trouverez également des informations supplémentaires dans le document de 2014 *Clinical practice handbook for safe abortion* (135). Des orientations expliquant qui est habilité à prodiguer des soins liés à l'avortement sécurisé sont disponibles dans le document de 2015 *Rôles des agents de santé dans la dispensation des soins liés à l'avortement sécurisé et de la contraception post-avortement* (136).

Le GDG a également estimé qu'il était important de noter ce qui suit :

- a. Les femmes vivant avec le VIH ont été forcées ou contraintes à des avortements non volontaires en raison de la stigmatisation, de la discrimination et des fausses idées autour de la conception, de la grossesse et de l'accouchement pour les femmes vivant avec le virus ; elles se retrouvent souvent en butte à l'hostilité s'agissant de leurs désirs en matière de fécondité (28). Les femmes vivant avec le VIH ont reçu des formulaires de consentement pour la stérilisation qu'on leur a fait signer sous la pression ou sans que le formulaire n'ait fait l'objet d'une discussion approfondie, et l'on a demandé à des membres de leur famille de signer le document en leur nom (28). L'avortement ne devrait jamais être forcé ou réalisé sous la contrainte.
- b. L'avortement sécurisé devrait également inclure des soins post-avortement, conformément à l'extrait suivant de la publication de 2012 de l'OMS, *Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé* (32)

Après un avortement provoqué ou spontané, les femmes doivent recevoir des soins post-avortement appropriés. Pour toutes les femmes dont l'avortement a été pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité, les soins après avortement représentent une excellente stratégie pour atténuer la morbidité et la mortalité associées aux complications, en proposant par exemple une aspiration intra-utérine en cas d'avortement incomplet ; la fourniture de moyens contraceptifs pour éviter de futures grossesses non désirées ; et la mise en relation des femmes avec d'autres services dont elles ont besoin dans la communauté. Après un avortement provoqué pratiqué dans de bonnes conditions, une visite de contrôle ne sera pas nécessaire si la femme a reçu des

informations adéquates lui permettant de reconnaître le bon moment pour se faire soigner en cas de complications, et si elle a reçu les fournitures ou informations nécessaires susceptibles de répondre à ses besoins de contraception. Avant leur départ du centre de soins, toutes les femmes devraient être informées et conseillées sur la contraception et se voir proposer des contraceptifs post-avortement, y compris pour ce qui concerne la contraception d'urgence (32).

Bien qu'il existe des lignes directrices relatives à l'avortement pour la population générale, ces dernières ne mentionnent aucune problématique en matière de soins cliniques pouvant concerner les femmes vivant avec le VIH en particulier. Bien que les méthodes d'avortement chirurgical ou médicamenteux soient toutes deux qualifiées de sûres pour la population générale, des préoccupations ont été émises sur le fait que les issues cliniques pourraient être différentes pour les femmes vivant avec le VIH. Les femmes vivant avec le virus auraient plus de risques de souffrir d'anémie et de saignements suite à un avortement chirurgical. Les vomissements provoqués par les médicaments utilisés pour l'avortement médicamenteux pourraient réduire l'efficacité des ARV pour le traitement du VIH (137).

ii. Ensemble des moyens d'appréciation et des considérations relatifs aux nouvelles recommandations

Lors de la réunion de cadrage de janvier 2015, le GDG a décidé que les risques et les résultats pour les femmes vivant avec le VIH pour chaque type d'avortement devaient être étudiés. Le groupe a élaboré une question PICO pour traiter ce sujet : **Les résultats en matière d'avortement médicamenteux et chirurgical chez les femmes vivant avec le VIH sont-ils différents des résultats obtenus chez les femmes qui ne sont pas infectées par le VIH ?**

Pour répondre à cette question, les études devaient avoir été conduites auprès de groupes témoins de résultats d'avortements légaux pour toutes les femmes vivant avec le VIH pour être intégrées à la revue systématique, notamment l'efficacité (avortement complet), des événements indésirables graves (décès, hospitalisation, transfusion sanguine, intervention chirurgicale lourde [par exemple laparotomie], etc.), d'autres événements indésirables (par exemple une hémorragie ne nécessitant pas de transfusion sanguine, des vomissements) et la satisfaction des patients, ainsi que l'éventuelle publication dans une revue soumise à un comité de lecture ou la présentation sous la forme d'un abrégé lors d'un congrès scientifique (138). La revue utilisait les définitions de 2012 de l'OMS présentées ci-dessus. La revue s'appuyait sur une revue de 2012 par Manski et al., portant sur les résultats cliniques des avortements médicamenteux et chirurgicaux chez les femmes vivant avec le VIH (137). Cette nouvelle revue étendait la portée de la première en actualisant la recherche à l'aide d'un processus de revue systématique rigoureux, impliquant la révision d'articles rédigés dans des langues autres que l'anglais, des recherches dans des abrégés issus de congrès et la prise de contact avec des auteurs pour obtenir les données non publiées relatives aux femmes vivant avec le VIH. Vous trouverez de plus amples informations sur cette nouvelle revue systématique à l'annexe en ligne.

Résultats

La revue de 2012 par Manski et al. comprenait des articles revus par les pairs publiés au cours de l'année 2011 et n'avait trouvé que peu d'études relatives à l'avortement chirurgical et aucune étude relative à l'avortement médicamenteux (137). Les études identifiées dans cette revue couvraient principalement les avortements illégaux ou non spécifiés mais ne semblaient pas indiquer de différences significatives dans les complications en fonction du statut pour le VIH. En outre, des procédures gynécologiques similaires à ou plus invasives que l'avortement ne montreraient pas de différences au niveau des complications selon le statut VIH. Des changements dans les niveaux d'hémoglobine dus à la perte de sang suite à l'avortement médicamenteux lorsqu'il y a une prévalence d'anémie, ainsi que la fréquence et la durée des vomissements dus aux médicaments pour l'avortement non chirurgical constituent des préoccupations relativement mineures. En se fondant sur les données limitées à disposition, les auteurs ont conclu que tant les avortements médicamenteux que chirurgicaux étaient sécurisés et appropriés pour les femmes vivant avec le VIH.

La revue mise à jour identifiait un abrégé de congrès portant sur les complications des avortements médicamenteux chez les femmes vivant avec le VIH répondant aux critères et parvenait à la conclusion que cette base de données factuelles extrêmement limitée était due, au moins en partie, au caractère illégal de l'avortement dans de nombreux milieux où la charge de VIH est élevée (138). Des données indirectes découlant d'autres procédures gynécologiques et sanitaires indiquent cependant que rien ne permet de soupçonner des résultats sanitaires différents pour les avortements médicamenteux ou chirurgicaux selon le statut pour le VIH.

Qualité des données factuelles pour la recommandations

La qualité des données pour chacune des deux nouvelles recommandations (REC B.30 et REC B.31) a été évaluée à très faible. Elle a été déclassée par deux fois pour son caractère indirect, puisqu'il n'existait aucune comparaison entre des

femmes vivant avec le VIH et des femmes ne vivant pas avec le VIH, ni de comparaison entre l'avortement médicamenteux et chirurgical. Étant donné que la revue ne portait que sur une seule étude, les incohérences n'avaient pas lieu d'être. La deuxième raison expliquant le déclassement était l'imprécision, due au nombre limité d'événements dans l'étude.

Justification de la force et de la direction des recommandations

Étant donné la faible qualité des données, le GDG a envisagé de ne pas proposer de recommandations relatives à l'avortement sécurisé pour les femmes vivant avec le VIH. Afin d'obtenir une première indication quant à l'avis des membres du GDG sur la question, la spécialiste en méthodologie a demandé aux participants de lever la main pour montrer leur appui à des recommandations sur cette thématique. Il ne s'agissait pas d'un vote formel, mais d'une aide à la prise de décision sensée permettre à la spécialiste en méthodologie et aux présidents de sonder les différents avis, afin de chercher ensuite le consensus en approfondissant les débats. Il a été confirmé à l'unanimité par tous les membres que le GDG ferait des recommandations. Cette décision se fondait sur le fait qu'il n'y avait pas de préoccupations majeures quant à d'éventuels préjudices et sur le fait que les orientations existantes de l'OMS relatives à l'avortement sécurisé ne proposent pas de recommandations spécifiques concernant le type d'avortement clinique recommandé pour les femmes vivant avec le VIH. De façon similaire, les membres ont décidé à l'unanimité de qualifier la REC B.30 de forte et la REC B.31 de recommandation avec réserve. La justification expliquant que la REC B.30 ait été qualifiée de forte s'appuie sur les conclusions de l'enquête GVPS, qui ont permis d'identifier ce sujet comme étant important pour les droits fondamentaux et l'équité des femmes vivant avec le VIH (37). Puisqu'actuellement aucune donnée n'indique un type d'avortement optimal pour les femmes séronégatives, le GDG a accepté de recommander la REC B.31 avec réserve, pour que les femmes vivant avec le VIH puissent faire les mêmes choix que les femmes ne vivant pas avec le virus.

Faisabilité

Les recommandations ont été considérées comme faisables, puisqu'elles demandent à ce que des services d'avortement sécurisé existants soient fournis aux femmes vivant avec le VIH qui le demandent.

Comme stipulé dans la publication de 2012 de l'OMS, *Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé* :

il faut que, sur le plan de la réglementation et des politiques, se crée un environnement qui permette à toute femme qui y a légalement droit de bénéficier de prestations de bonne qualité en cas d'avortement. Il faut que les politiques qui seront menées visent à respecter et à protéger les droits des femmes dans leur intégralité ; qu'elles aient des effets positifs sur la santé des femmes ; qu'elles donnent des informations et assurent des services de bonne qualité en matière de contraception et de planification familiale et qu'elles répondent aux besoins particuliers de certains groupes tels que les femmes nécessiteuses, les adolescentes, les victimes survivantes de viols et celles qui vivent avec le VIH (32).

Valeurs et préférences

Les femmes vivant avec le VIH et ayant participé à l'enquête GVPS ont évoqué un accès limité à l'avortement sécurisé ; la stabilité financière avait une influence sur l'accès à des services privés d'avortement sécurisé.

Les participantes à l'enquête ont recommandé que des avortements et des soins de post-avortement sûrs et gratuits soient intégrés à un ensemble de services holistiques et complets de SSR et de VIH pour les femmes vivant avec le virus, ainsi qu'à des soins complets destinés aux survivantes de viols.

Les répondantes ont décrit un manque systématique d'inclusion ou de choix dans la prise de décision au sujet de leurs propres soins et parcours de soins en matière de SSR et ont recommandé que les principes liés aux droits fondamentaux soient incorporés dans toutes les politiques, pratiques et formations en matière de soins de santé.

Les femmes ne devraient notamment jamais subir de pressions ou être contraintes à quoi que ce soit (en particulier lorsqu'il s'agit d'une interruption de grossesse), que cela soit explicitement sans leur consentement ou même à leur insu (37).



4.6 Services de prise en charge des infections sexuellement transmissibles et du cancer du col de l'utérus

4.6.1 Infections sexuellement transmissibles (IST)

Recommandation existante relative aux services de prise en charge des IST

REC B.32 : Les services de prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST) et de planification familiale peuvent être intégrés dans le cadre des soins concernant le VIH.
(recommandation avec réserve, données de très faible qualité)

Remarques

- Cette recommandation existante utilisée dans les présentes lignes directrices est tirée des *Lignes directrices unifiées de l'OMS de 2016 relatives à l'utilisation de médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH : recommandations pour une approche de santé publique (7)*.
- Vous trouverez de plus amples informations dans la publication d'origine, disponible à l'adresse : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206448/1/9789241509893_fre.pdf?ua=1 (Anglais : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf)

i. Contexte

Les soins des IST englobent le dépistage ainsi qu'une prise en charge complète des IST et des Infections de l'appareil reproducteur (RTI), y compris : la syphilis, le chancre mou, l'herpès, l'ulcère, la vaginose bactérienne et le trichomonase menant à une infection vaginale, la candidose vaginale, le virus du papillome humain (VPH), le cancer du col de l'utérus, la gonorrhée, la chlamydia et des maladies inflammatoires du pelvis.

Une prise en charge rapide et adéquate des IST réduit le risque de complications associées au niveau des voies génitales et sur le plan obstétrique. Bien que les symptômes et la réponse au traitement puissent être différents chez les femmes vivant avec le VIH, en particulier pour l'herpès génital et le chancre mou, les protocoles des traitements de références sont efficaces (6).

Les principales orientations existantes de l'OMS relatives à la prise en charge des IST sont notamment le *Guide pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles* de 2003 (139), l'ouvrage *Infections sexuellement transmissibles et autres infections de l'appareil reproducteur : guide de pratiques essentielles* de 2005 (140) et les modules mis à jour pour quatre infections spécifiques, publiés en 2016 : *WHO guidelines for the treatment of Chlamydia trachomatis* (141), *WHO guidelines for the treatment of Treponema pallidum (syphilis)* (142), *WHO guidelines for the treatment of Neisseria gonorrhoeae* (143) et *WHO guidelines for the treatment of genital herpes simplex virus* (144). Les quatre dernières orientations relatives au traitement des IST étaient déjà en train d'être actualisées ; le GDG a donc choisi de ne pas revoir ni les recommandations existantes relatives aux IST, ni les autres directives actuelles (voir Encadré 4.4) dans le cadre du présent document. Pour ce qui est du VIH, les quatre nouvelles orientations OMS en matière de traitement des IST reprennent les éléments suivants :

Tant les IST ulcérales que non-ulcérales sont associées à un risque plusieurs fois supérieur de transmission ou d'acquisition du VIH. Les infections responsables d'ulcères génitaux sont associées au risque de transmission du VIH le plus élevé ; en plus des IST ulcérales curables (par exemple la syphilis et le chancre mou), les infections au HSV-2 fortement prévalentes augmentent considérablement ce risque. Il a été démontré que les IST non-ulcérales, comme la gonorrhée, la chlamydia et le trichomonase, augmentent la transmission du VIH au travers de l'excrétion génitale du VIH. Il est nécessaire de traiter les IST au bon moment et à l'aide des bons médicaments si l'on veut réduire la transmission du VIH et améliorer la santé sexuelle et reproductive. Nous devons nous efforcer de consolider le diagnostic et le traitement des IST (141–144).

Selon les informations contenues dans le document OMS *Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés – version de 2016*, « Le dépistage, le diagnostic et le traitement des infections sexuellement transmissibles devraient être proposés systématiquement dans le cadre de la prévention et des soins généraux du VIH destinés aux populations clés. », y compris aux femmes vivant avec le VIH. En outre, « la gestion des IST devrait être en accord avec les lignes directrices existantes de l'OMS et adaptée au contexte national. De plus, celle-ci devrait être confidentielle et sans coercition, et les patients doivent donner leur consentement éclairé pour le traitement » (10). De plus amples informations sur les IST pour les femmes vivant avec le VIH issues des populations clés sont présentées dans l'encadré 4.5.

Encadré 4.4 : Orientations spécifiques relatives à la double morbidité du VIH et d'une IST ou d'une infection de l'appareil reproducteur (RTI)

Ulcérations génitales et infection à VIH : on a signalé des chancres mous atypiques chez des personnes infectées par le VIH. Les lésions sont souvent plus étendues, à l'origine de lésions multiples pouvant s'accompagner de manifestations générales telles que fièvre et frissons. Certains cliniciens ont noté des lésions rapidement agressives. Tous ces éléments soulignent la nécessité d'un traitement précoce, en particulier chez la personne infectée par le VIH. Il semble bien que l'infection à VIH pourrait augmenter la fréquence des échecs du traitement du chancre mou, et notamment des traitements en dose unique. Des recherches complémentaires sont nécessaires pour confirmer ces observations. Chez les personnes immunodéprimées, les lésions herpétiques peuvent se présenter sous forme d'ulcérations multiples persistantes nécessitant des soins médicaux, contrairement aux lésions vésiculaires et aux ulcérations qui évoluent spontanément vers la guérison chez le sujet immunocompétent. Le traitement antiviral peut donc être envisagé sous l'angle thérapeutique ou prophylactique pour améliorer le confort du patient. Une information adaptée sera fournie au patient pour lui expliquer la nature et l'objectif du traitement afin d'éviter tout faux espoir de guérison (139).

La syphilis et le VIH : on note une augmentation de la transmission verticale du VIH chez les femmes enceintes présentant une coinfection syphilis/VIH (142). Les recommandations pour le traitement de la syphilis, présentées dans le document de 2016 *WHO guidelines for the treatment of Treponema pallidum (syphilis)*, s'appliquent à tous les adultes et adolescents (10 à 19 ans), y compris aux femmes enceintes, aux personnes vivant avec le VIH, aux personnes immunodéprimées et aux populations clés, y compris les travailleurs et travailleuses du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et les personnes transgenres (142).

L'herpès et le VIH : le virus herpès simplex de type 2 (HSV-2) constitue une inquiétude particulière en raison de la synergie épidémiologique entre ce virus et l'infection à VIH et sa transmission. Les personnes infectées par le HSV-2 ont environ trois fois plus de chances d'acquérir le VIH et les personnes infectées par le VIH et le HSV-2 ont plus de chance de transmettre le VIH à des tiers. De plus, l'infection au HSV-2 chez les personnes vivant avec le VIH est souvent plus sévère et peut déboucher sur des complications qui, bien que rares, peuvent être graves, comme des infections oculaires, pulmonaires ou cérébrales (144). Les recommandations en matière de traitement pour l'infection génitale au virus de l'herpès simplex, telles que présentées dans les directives de 2016 de l'OMS intitulées *WHO guidelines for the treatment of genital herpes simplex virus*, s'appliquent à tous les adultes, aux adolescents (10 à 19 ans), aux femmes enceintes, aux personnes vivant avec le VIH, aux personnes immunodéprimées et aux populations clés, y compris les travailleuses et travailleurs du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et les personnes transgenres. Les dosages recommandés pour les épisodes cliniques récurrents de HSV génital figurent dans la publication portant sur les personnes vivant avec le VIH et les personnes immunodéprimées. Le traitement suppressif pour le HSV-2 devrait être envisagé dans les milieux où il y a une forte prévalence de VIH. Les sujets immunodéprimés, y compris ceux qui présentent une infection à VIH, connaissent généralement des rechutes plus fréquentes avec des symptômes plus sévères. Les ulcères récurrents peuvent mener à une morbidité considérable sur les plans physique et psychologique (144).

La candidose vulvo-vaginale et le VIH : la candidose multifocale, y compris vulvaire et vaginale, est associée à la maladie due au VIH. Elle est souvent assez grave et les récurrences sont fréquentes. Un traitement au long cours est en général indispensable et le traitement préventif au long cours est souvent employé (139).

La gonorrhée et le VIH : les recommandations de traitement pour les infections gonococciques sexuellement transmissibles, telles que présentées dans la publication de 2016 *WHO guidelines for the treatment of Neisseria gonorrhoeae*, s'appliquent à tous les adultes et adolescents (10 à 19 ans), y compris les personnes vivant avec le VIH et les populations clés, y compris les travailleuses et travailleurs du sexe, les hommes ayant des rapports avec d'autres hommes, les personnes transgenres et les femmes enceintes (143).

Encadré 4.5 : Considérations clés sur les IST pour les femmes vivant avec le VIH issues des populations clés

- Le dépistage, notamment le dépistage systématique des membres des populations clés pour toute IST asymptomatique, le diagnostic et le traitement des IST sont des éléments essentiels de la riposte globale au VIH ; la riposte comprend les services destinés aux populations clés. La gestion des IST devrait être en accord avec les lignes directrices existantes de l’OMS et adaptée au contexte national. De plus, celle-ci devrait être confidentielle et sans coercition, et les patients doivent donner leur consentement éclairé pour le traitement.
- En l’absence d’examen cliniques, les personnes issues des populations clés qui présentent des symptômes devraient être gérées de façon syndromique conformément aux lignes directrices nationales relatives à la gestion des IST.
- Nous proposons l’offre d’un traitement périodique présomptif (TPP) pour les IST asymptomatiques chez les travailleuses de sexe dans des cadres ayant un taux de prévalence élevé et des services cliniques limités, mais le TPP devrait être mis en œuvre uniquement sous forme de mesure à court-terme gratuite, volontaire et confidentielle dans le cadre de services généraux liés à la santé sexuelle et tant que les services liés au VIH/aux IST sont mis en place dans des zones où le taux de prévalence des IST est élevé, par exemple, >15% prévalence de l’infection par *N. gonorrhée* et/ou *C. trachomatis*.
- Les prestataires de soins devraient être sensibles aux besoins de santé spécifiques des personnes transgenres et informés de ceux-ci. En particulier, les examens génitaux et le prélèvement des échantillons peuvent être gênants ou contraires, que la personne concernée ait eu recours ou non à une chirurgie reconstructive de son organe génital.

Source : OMS, 2016 (10).

Valeurs et préférences

Les participantes à l’enquête ont décrit plusieurs difficultés en matière de prise de décision pour déterminer quand et comment se déroulent les relations sexuelles et comment parvenir à une vie sexuelle saine et épanouissante. La violence du partenaire intime, les rapports de force inégaux entre les sexes, la dépendance financière et les problèmes de santé mentale sont tous des éléments constituant une menace pour la capacité des femmes à garantir leur autonomie physique et leur contrôle sur leur sexualité. Pour les femmes plus jeunes et plus âgées, entre autres, les sanctions sur les plans juridique et social peuvent constituer des obstacles à l’accès aux informations et à un conseil relatifs aux rapports et aux relations protégés (y compris pour la prévention des IST), à la manière de communiquer avec des partenaires sexuels au sujet du plaisir et à la façon d’établir un rapport de confiance et de négocier une prise de décision partagée. Les participantes à l’enquête GVPS ont indiqué vouloir un accès à une gamme complète de services de prise en charge des IST et du VIH, ainsi qu’un accès à des services de prévention, de diagnostic, de traitement et de soins du VIH et des IST de qualité. Elles ont évoqué la nécessité d’avoir accès à des préservatifs féminins et masculins et à des lubrifiants – et de disposer des connaissances pour pouvoir les utiliser –, ainsi qu’à des informations, des formations et une sensibilisation aux risques, à la sécurité et au plaisir sexuels, notamment au travers d’un apprentissage, d’un conseil et d’un partage avec les pairs. Les femmes membres des populations clés, y compris les femmes lesbiennes, bisexuelles et transgenres, les travailleuses du sexe et les femmes handicapées, ont toutes besoin d’informations adaptées, émanant de prestataires qui n’émettent pas de jugement et qui sont sensibilisés à leurs besoins spécifiques en matière de prévention des IST, y compris à leur vulnérabilité accrue face à la violence (37).



4.6.2 Cancer du col de l'utérus

Recommandation existante relative au vaccin contre le VPH pour les filles

REC B.33 : L'OMS recommande de vacciner contre le VPH les jeunes filles se situant dans la tranche d'âge 9-13 ans. Celles recevant une première dose de vaccin avant l'âge de 15 ans peuvent faire l'objet d'un calendrier de vaccination en deux doses. L'intervalle entre les deux doses doit être de six mois. Il n'y a pas d'intervalle maximum entre les deux doses ; toutefois, il est suggéré de ne pas laisser s'écouler plus de 12-15 mois. Si l'intervalle entre les doses est inférieur à 5 mois, alors une troisième dose devra être administrée 6 mois au moins après la première dose. Les personnes immunodéprimées, y compris celles infectées par le VIH, et les jeunes femmes âgées de 15 ans et plus devront également recevoir le vaccin, selon un calendrier en trois doses (0, 1-2 et 6 mois) pour être totalement protégées.

(Force de la recommandation et qualité des données : informations non communiquées, mais la source originale fait référence à l'utilisation de la méthodologie GRADE [145]).

Remarques

- Cette recommandation existante utilisée dans les présentes directives est tirée de la publication de 2014 de l'OMS intitulée *La lutte contre le cancer du col de l'utérus. Guide des pratiques essentielles* (146).
- Vous trouverez de plus amples informations dans la publication d'origine, disponible à l'adresse : <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254713/9789242548952-fre.pdf>

i. Contexte

Le cancer du col de l'utérus est le deuxième type de cancer le plus fréquent chez la femme dans les pays à revenu faible ou moyen. Les décès liés au cancer du col sont inutiles, parce que ce cancer est évitable et curable s'il est détecté et traité rapidement. Les femmes vivant avec le VIH ont un risque plus élevé de développer des infections à VPH avec de multiples types de virus à haut risque à un âge précoce et, ainsi qu'à un risque plus élevé de développer plus rapidement une lésion précancéreuse et un cancer par rapport aux femmes ne vivant pas avec le VIH. Les femmes vivant avec le virus ont 4 à 5 fois plus de chances de développer un cancer du col, qui est une maladie définissant le sida chez les femmes vivant avec le VIH (146).

Les femmes vivant avec le VIH ont plus de risques de développer un VPH et des tumeurs associées, y compris une néoplasie cervicale intraépithéliale (CIN) de grade 2 ou 3 et un carcinome invasif du col. Il apparaît que la prévalence du VPH et de la CIN augmente lorsque l'immunodépression augmente. Il semblerait que le TAR n'améliore pas le pronostic pour le cancer du col de l'utérus (146).

Les points ci-dessus suggèrent fortement la nécessité d'élaborer des protocoles de vaccination, de dépistage et de traitement du cancer du col spécifiques pour les femmes vivant avec le VIH et pour toutes les femmes vivant dans des pays ou régions à forte prévalence d'infection à VIH. Cela pourrait inclure le dépistage du cancer du col, le traitement des lésions précancéreuses et la prise en charge d'un cancer invasif. Les protocoles existants sont basés sur les données d'expérience, et des études sont en cours pour savoir si ces protocoles utilisent les meilleures pratiques existantes (146).

La publication de 2014 de l'OMS *La lutte contre le cancer du col de l'utérus : guide des pratiques essentielles* propose les orientations supplémentaires suivantes, qui sont pertinentes pour les femmes et les filles vivant avec le VIH (146), et ces points ont été considérés comme des composantes essentielles d'une approche globale en matière de SDRS pour les femmes vivant avec le VIH par le GDG :

Dépistage et traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus :

- Chez les femmes et les jeunes filles qui ont commencé à avoir une activité sexuelle, le dépistage des lésions précancéreuses et du cancer du col de l'utérus doit commencer sitôt le diagnostic d'infection à VIH posé, quel que soit leur âge ; chez les femmes vivant avec le VIH qui ont été traitées pour des lésions précancéreuses du col de l'utérus, un suivi après traitement doit être réalisé après 12 mois ou dans les trois ans si le dépistage s'avère négatif.
- Chez les femmes vivant avec le VIH, le dépistage peut être réalisé en utilisant l'un des trois tests de dépistage présentés (IVA, test VPH ou cytologie) et le traitement peut se faire par cryothérapie ou par résection à l'anse diathermique (RAD).
- Le choix et le consentement éclairés de la patiente doivent être obtenus pour le dépistage et le traitement du cancer du col de l'utérus.
- Chez les femmes vivant avec le VIH pour qui le dépistage s'avère négatif (c'est-à-dire qu'il ne montre aucune lésion précancéreuse), un nouveau dépistage doit être réalisé dans les trois ans.

- Chez les femmes vivant avec le VIH qui ont été traitées pour des lésions précancéreuses du col de l'utérus, un suivi après traitement doit être réalisé après 12 mois.
- Que la femme soit infectée ou non par le VIH, la prise en charge des anomalies, y compris la réalisation d'une colposcopie et de biopsies, doit rester la même. Pendant le processus de guérison suivant la réalisation d'une procédure, il est possible que les femmes vivant avec le VIH excrètent une plus grande quantité de virus. Au cours du conseil, il est très important que l'agent de santé insiste auprès de la patiente pour que celle-ci explique la situation à son(ses) partenaire(s) et qu'elle s'abstienne de tout rapport sexuel jusqu'à la guérison (146).

Prise en charge du cancer du col chez les femmes vivant avec le VIH :

- Étant donné qu'aucune étude bien conçue ou longitudinale n'a été menée sur le traitement du cancer du col chez les femmes vivant avec le VIH, il n'existe pas de lignes directrices reposant sur des bases factuelles sur ce sujet qui puissent être incorporées au présente guide. À défaut, certaines pratiques couramment utilisées à l'échelle internationale et nationale sont présentées ici.
- Le mieux pour les femmes vivant avec le VIH qui présentent un cancer du col est d'être prises en charge dans un établissement de niveau tertiaire disposant de l'expertise nécessaire pour établir le diagnostic complet, évaluer le stade de la maladie et prodiguer le traitement. La plupart des établissements traitant les femmes vivant avec le VIH font appel à des équipes multidisciplinaires ; chaque femme sera examinée individuellement et l'on évaluera son état de santé général ainsi que la présence d'autres maladies chroniques, susceptibles d'amoindrir davantage son système immunitaire et sa capacité à tolérer un traitement anticancéreux immunosuppresseur (p. ex. la tuberculose).
- Aussi bien la radiothérapie que la chimiothérapie sont des traitements immunosuppresseurs, et la chirurgie nécessite que les femmes soient en relativement bonne santé afin d'éviter la survenue de complications dont un sepsis postopératoire, une hémorragie ou des problèmes de cicatrisation. En conséquence, une numération des CD4 de référence est un élément essentiel des soins prodigués aux femmes vivant avec le VIH et cela doit être l'un des premiers tests d'évaluation à pratiquer, indépendamment de l'étendue du cancer. Il sera également nécessaire de suivre la numération des CD4 tout au long du traitement afin de surveiller le statut immunitaire de la patiente. Si son taux de CD4 est ou devient faible au cours du traitement, elle pourra être mise sous thérapie antirétrovirale, ce qui peut retarder le rétablissement de son système immunitaire via le traitement (146).

Dans la publication de 2014 de l'OMS *La lutte contre le cancer du col de l'utérus : guide des pratiques essentielles* (146), vous pouvez trouver davantage d'informations, y compris des informations au sujet des stratégies de dépistage et de traitement pour les femmes ayant un statut positif pour le VIH ou ne connaissant pas leur statut dans des zones où le VIH est endémique.

L'encadré 4.6 présente les considérations clés en matière de cancer du col de l'utérus pour les hommes transgenres vivant avec le VIH.

Encadré 4.6 : Considérations clés relatives au cancer du col de l'utérus pour les hommes transgenres vivant avec le VIH

- Les hommes transgenres qui gardent leur sexe féminin manquent souvent le dépistage du cancer du col de l'utérus et d'autres services de santé sexuelle, car ils n'ont pas recours ou sont exclus de ces services. Par conséquent, ils font face à un risque accru de maladie ovarienne, utérine et cervicale.
- Suite à une hystérectomie totale, en cas d'antécédent de dysplasie cervicale de haut grade et/ou de cancer du col de l'utérus, un test de Papanicolaou de la voûte vaginale peut être réalisé sur une base annuelle jusqu'à ce que trois tests normaux soient documentés. À partir de ce moment, le test pourra être réalisé tous les deux à trois ans.
- Suite à une ablation des ovaires, alors que l'utérus et le col utérin sont intacts, les lignes directrices de l'OMS relatives au dépistage du cancer du col de l'utérus pour les accouchées peuvent être suivies. Toutefois, ceci peut être retardé s'il n'y a aucun antécédent de problème génital. Il est important d'informer le médecin pathologiste de l'utilisation courante ou antérieure de la testostérone, car une atrophie cervicale peut traduire une dysplasie.

Source : OMS, 2016 (10).

Valeurs et préférences

Les femmes ayant participé à l'enquête GVPS ont expliqué que le dépistage du cancer du col pour les femmes vivant avec le VIH devrait faire partie d'un ensemble normalisé de services de SSR et de VIH holistiques, de qualité, favorables aux femmes, confidentiels, non discriminatoires et intégrés, y compris dans les milieux à faibles ressources et les zones rurales, ainsi que dans des milieux restreints, comme les prisons et les centres de détention (37).



Chapitre 5. Prestation de services et mise en œuvre des lignes directrices

5.1 Vue d'ensemble

L'objectif fondamental de ces lignes directrices, ainsi que de ses recommandations et déclarations de bonnes pratiques, est d'améliorer la qualité des services de santé, ainsi que les résultats liés à la santé et aux droits en matière de sexualité et de reproduction (SDSR) des femmes vivant avec le VIH. Pour que les droits humains reconnus à l'échelle internationale, comme le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint et le droit à la non-discrimination (14, 15), soient respectés, protégés et appliqués, il faut que tout le monde ait accès à des services de santé d'excellente qualité et à un prix abordable. Un processus efficace d'élaboration et de mise en œuvre d'une réponse nationale ou sous-nationale pour la SDSR des femmes vivant avec le VIH devrait adopter une approche axée sur les femmes et les principes directeurs des droits de l'homme et de l'égalité entre hommes et femmes, tels que présentés au Chapitre 1 (section 1.4), ainsi que les stratégies décrites au Chapitre 3. Ce processus appelle une approche à la fois éthique et fondée sur les droits et nécessite une coordination entre toutes les parties prenantes clés, y compris la participation significative des femmes vivant avec le VIH. Pour veiller à ce que les besoins et les droits des femmes vivant avec le VIH relatifs à la santé sexuelle et reproductive (SSR) soient appuyés, il convient d'atteindre les normes fixées en matière de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité pour les établissements de soins de santé, les fournitures et les services. Plus spécialement, en sus des autres initiatives de renforcement des systèmes de santé, il faut investir de toute urgence dans des domaines tels que la formation des prestataires de soins de santé. Un tel investissement devrait constituer une priorité absolue : des soins de SSR de qualité et un appui en faveur des droits des femmes, y compris des femmes vivant avec le VIH, présentent des avantages d'une portée considérable pour les individus, les familles, les communautés et les pays touchés par le VIH.

Les recommandations et déclarations de bonnes pratiques visant à instaurer des environnements propices et des interventions sanitaires, présentées respectivement aux Chapitres 3 et 4, font partie d'une trousse complète d'interventions spécifiques pour les femmes vivant avec le VIH. De nombreuses autres considérations et interventions de SDSR sont les mêmes que pour la population générale, et les recommandations relatives à ces domaines figurent dans diverses lignes directrices de l'OMS, notamment celles qui sont citées aux Chapitres 3 et 4. Les facteurs contextuels ayant une incidence sur la mise en œuvre des recommandations et des meilleures pratiques pour la SDSR et le bien-être des femmes vivant avec le VIH sont abordés au Chapitre 3.

Pour que des mesures fondées sur les recommandations présentées dans les présentes lignes directrices puissent être prises, nous devons disposer d'une stratégie s'appuyant sur des données factuelles, adaptée au contexte local et tenant compte des besoins et des droits des femmes vivant avec le VIH. Les programmes devraient chercher à obtenir des résultats équitables en matière de santé, à promouvoir l'égalité entre les sexes et à fournir des soins de la meilleure qualité en tout temps. Ce chapitre se concentre sur les approches optimales en matière de prestation de services de santé et de mise en œuvre des recommandations et des déclarations de bonnes pratiques des présentes lignes directrices afin de fournir le meilleur appui possible aux femmes vivant avec le VIH dans toute leur diversité. Les principes directeurs sous-tendant ces efforts sont présentés dans l'encadré 5.1.

Mettre en œuvre des principes directeurs, tout en adoptant une approche axée sur les femmes et fondée sur les principes des droits de l'homme et de l'égalité entre les sexes (tel qu'abordé au Chapitre 1, section 1.4) signifie que :

- Les besoins, les priorités et les perspectives des femmes, de leurs familles et de leurs communautés sont au centre de la fourniture de soins et de la conception de programmes et de services.
- Les femmes sont reconnues et soutenues comme étant à la fois des participantes actives à des systèmes de santé leur inspirant confiance et des bénéficiaires de ces mêmes systèmes, qui tiennent compte de leurs priorités, de leurs droits et de leurs aspirations de façon humaine et holistique.
- La promotion de l'égalité entre les sexes est fondamentale pour la réalisation de la SDSR de toutes les femmes, y compris des femmes vivant avec le VIH et nécessite que l'on reconnaisse et tienne compte des déséquilibres de pouvoir existants entre les hommes et les femmes, des pratiques qui excluent les femmes transgenres, et de la

prévalence de la violence sexiste. Les obstacles auxquels sont confrontées les femmes vivant avec le VIH issues de communautés marginalisées ou de populations clés se recoupent, et peuvent créer plusieurs couches de stigmatisation, de discrimination et/ou de violence. Promouvoir l'égalité entre les sexes signifie que l'on donne aux femmes les armes nécessaires pour prendre et appliquer des décisions portant sur tous les aspects de leur vie, y compris en ce qui concerne le genre, la sexualité et la reproduction, et pour participer à leurs propres soins de santé – qui devraient s'articuler autour de leurs propres besoins et attentes en matière de santé, plutôt qu'autour de la prise en charge de la maladie et de la lutte contre cette dernière.

- Les interactions entre les éléments ayant des incidences sur la SDRS aux échelons individuel, relationnel, communautaire et sociétal sont reconnus, et à ce titre, il est essentiel de pouvoir instaurer un environnement favorable aux femmes vivant avec le VIH pour la réalisation de résultats optimaux en matière de SDRS.
- Une approche intégrée en matière de santé et de droits fondamentaux est nécessaire, y compris des liens avec les soins afin de garantir la dignité et le bien-être des femmes vivant avec le VIH.

Encadré 5.1 : Principes directeurs pour une réponse à la SDRS des femmes vivant avec le VIH

Le fait de savoir si et dans quelle mesure les personnes recherchent des services de santé lorsqu'elles en ont besoin dépend du mode de fourniture des services, depuis longtemps reconnu comme étant un déterminant crucial. Un processus efficace d'élaboration et de mise en œuvre d'une réponse nationale ou sous-nationale pour la SDRS des femmes vivant avec le VIH se conforme à ces principes directeurs :

- **Éthique et droits** : toute prise de décision devrait s'appuyer sur une approche éthique et axée sur les droits. La réponse planifiée, ainsi que le processus de prise de décision lui-même, devraient être non discriminatoires et comptables envers les femmes vivant avec le VIH dans toute leur diversité, respectant et en défendant leur autonomie et leurs droits. Il convient d'appliquer les principes de justice et d'équité. Cela peut se faire sous la forme d'approches transformatrices sur le plan du genre, au niveau de la fourniture de services de santé, qui tiennent compte des normes et des structures pouvant constituer des barrières dans l'accès aux services et l'utilisation que les femmes en font, et cherchent à remettre en question et s'attaquer à ces barrières (147).
- **Participation significative des femmes vivant avec le VIH** : ce point est essentiel si l'on veut s'assurer que les décisions prises, les plans élaborés et les programmes mis sur pied sont acceptables pour les membres de la communauté, équitables et adéquats par rapport aux besoins de la communauté. Les représentantes des femmes vivant avec le VIH dans toute leur diversité, y compris les membres des populations clés, devraient être impliqués dans la conception des programmes, y compris leur planification, mise en œuvre, suivi et évaluation (10). Lorsque l'on réussit à impliquer une communauté, on renforce les capacités des membres et des organisations de cette communauté à participer à ces processus de façon significative. Les organisations à base communautaire jouent un rôle fondamental pour fournir des services correspondant aux besoins et aux priorités des femmes vivant avec le VIH.
- **Participation de tous les partenaires** : la promotion de la SDRS chez les femmes vivant avec le VIH nécessite une réponse multisectorielle. Par conséquent, il convient d'impliquer plusieurs secteurs au moment de planifier la réponse.
- **Approche coordonnée** : le directeur du programme national pour le VIH, une entité idoine comme une commission nationale pour le VIH/sida, le directeur du programme national en matière de santé reproductive et un point focal approprié au sein du ministère de la Santé devraient conjointement endosser la responsabilité de la gestion du processus de planification dans son ensemble, ainsi que la facilitation de la participation des partenaires et des membres de la communauté. Cela peut se faire en nommant des individus pour qu'ils travaillent spécifiquement sur l'élaboration et la coordination de services. Dans les pays vastes et hétérogènes, l'élaboration d'un programme national exige de formuler aussi des stratégies aux échelons local et sous-national, avec une coordination et une orientation centralisées au niveau national.
- **Ouverture et transparence** : les données probantes et les éléments justifiant les décisions devraient être disponibles publiquement, y compris les informations relatives à l'efficacité escomptée, aux risques anticipés et à la répartition des bénéfices et des charges en matière de santé pour les femmes vivant avec le VIH.
- **Données factuelles** : les politiques, les interventions et les approches devraient s'appuyer sur des preuves ou une expérience tangibles.
- **Équité** : les programmes devraient viser des résultats équitables en matière de santé pour toutes les populations et tous les milieux et chercher à promouvoir l'égalité entre les sexes.
- **Efficience et durabilité** : les programmes devraient chercher à fournir des services efficaces de la façon la plus efficiente possible, tout en veillant à ce qu'ils soient durables sur le long terme.
- **Qualité** : les services doivent garantir la qualité des soins la plus optimale en toutes circonstances. La qualité peut être considérée comme un processus, nécessitant une révision continue de la prestation du service et des résultats.

Tel que défini dans le Cadre OMS pour des services de santé intégrés centrés sur la personne, « par services de santé intégrés centrés sur la personne, on entend le fait de mettre au centre des systèmes de santé l'ensemble des besoins des personnes et des communautés et pas seulement les maladies, ainsi que le fait de doter les personnes des capacités pour jouer un rôle plus actif dans leur propre santé ». ³ Ce cadre, adopté par les États membres lors de l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2016 (148), donne des directives générales sur la mise en œuvre d'une approche centrée sur la personne, permettant à toutes et à tous d'avoir accès à des services de soins de santé qui (i) répondent à leurs préférences ; (ii) soient coordonnés autour de leurs besoins ; et (iii) qui soient sûrs, efficaces, opportuns, efficaces et de qualité acceptable. Cette vision défend un continuum de soins répondant aux besoins de chaque individu en matière de santé, de façon intégrée, tout au long de la vie. Cela permettra aux services de soins de santé d'être plus efficaces et équitables et de relever les défis majeurs auxquels les systèmes de santé actuels sont confrontés. Afin d'appuyer la mise en œuvre des présentes lignes directrices, il sera important d'actualiser ou d'élaborer des outils de mise en œuvre et de faire participer la communauté des femmes vivant avec le VIH au processus d'élaboration.

5.2 Réformes clés en matière de prestation de services

En se fondant sur les données probantes et son expérience, l'OMS recommande trois réformes globales visant à améliorer la prestation de services liés au VIH : (1) intégration ; (2) décentralisation ; et (3) transfert des tâches (149). Ces réformes, de façon conjointe ou séparée, peuvent améliorer l'accès aux soins. Les approches pilotées par la communauté et à assise communautaire sont essentielles pour la mise en œuvre de ces réformes, en particulier en ce qui concerne les femmes vivant avec le VIH. Pour appuyer les femmes vivant avec le VIH dans toute leur diversité, avec des besoins et des préférences de SDRS différents, et étant donné la pluralité des contextes sociaux et épidémiologiques dans lesquels elles évoluent, il vaut mieux mettre en œuvre ces stratégies en fonction d'une évaluation de la situation et les envisager en consultation avec la communauté des femmes vivant avec le VIH et des prestataires de soins de santé. Les recommandations spécifiques et les déclarations de bonnes pratiques pertinentes devant être mises en œuvre vous ont été présentées au Chapitre 3, section 3.2.4.

5.2.1 intégration des services

L'objectif de la planification des programmes devrait être de créer des systèmes de prestation qui soient les plus à même de faciliter l'accès à des soins holistiques, qui suivent une approche centrée sur la femme et sont attentifs aux questions de genre, en tenant compte des besoins, des aspirations et des priorités des femmes au-delà du VIH. L'OMS recommande l'intégration des services de SSR à un ensemble d'interventions pour le VIH, ainsi qu'à d'autres services cliniques pertinents, comme ceux qui prennent en charge la violence à l'encontre des femmes, la tuberculose (TB) et la pharmacodépendance (7). L'intégration des services encourage la fourniture de soins complets et cohérents. Elle permet également aux individus de répondre à leurs divers besoins en matière de santé en même temps et au même endroit. Il est donc essentiel qu'il y ait une collaboration entre les programmes à chaque niveau du système de santé pour garantir le succès des services de SSR, des services pour le VIH et d'autres services sociaux et liés à la santé. Parmi les aspects de la coordination dont on doit tenir compte, il y a la mobilisation et l'allocation des ressources ; la formation, l'encadrement et la supervision des agents de santé ; l'achat et la gestion des médicaments et d'autres fournitures médicales ; et le suivi et l'évaluation.

Les services de santé intégrés sont gérés et proposés de façon à garantir que les personnes bénéficient d'un continuum en matière de promotion de la santé, de prévention des maladies, de diagnostic, de traitement, de prise en charge de la maladie, de services de soins en réadaptation et de soins palliatifs, aux différents niveaux et sur les différents sites de soins au sein du système de santé et conformément à leurs besoins tout au long de leur vie (150). Ceci inclut la SSR, ainsi que d'autres services auxquels les femmes vivant avec le VIH peuvent recourir. Le fait de créer des liens entre les interventions liées à la SSR et celles liées au VIH implique une reconnaissance du rôle fondamental de la sexualité dans la vie des personnes et de l'importance de donner aux personnes les armes leur permettant de faire des choix en toute connaissance de cause au sujet de leur SSR. Les liens SSR et l'intégration sont définis dans l'encadré 5.2.

3. Cette définition apparaît sur la page web de l'OMS dédiée au Cadre OMS pour des services de santé intégrés centrés sur la personne : <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en/>

Encadré 5.2 : Définitions des liens SSR et de l'intégration

Liens : les synergies liées aux politiques, aux programmes, aux services et au plaidoyer entre la SSR et le VIH.

Intégration : les différents types de services de SSR et de VIH et/ou les programmes opérationnels pouvant être regroupés pour atteindre des résultats collectifs. Cette définition inclut les orientations d'un service à l'autre. Elle se fonde sur la nécessité de proposer des services complets.

Source : WHO, UNFPA, IPPF, ONUSIDA, 2005 (151).

Une version actualisée du *Integrated EMTCT commodities framework* a été rédigée, grâce à la collaboration entre l'UNFPA, l'OMS et plusieurs autres partenaires, y compris les communautés de personnes vivant avec le VIH (152). Ce cadre permettra d'opérer une gestion des programmes et de la chaîne d'approvisionnement afin de comprendre quel est l'ensemble des produits qui devrait être mis à disposition pour parvenir à une intégration totale des programmes fournissant des services de SDR au travers de la plateforme pour la santé reproductive, maternelle, du nouveau-né et de l'enfant et de la plateforme pour les services de planification familiale. Il regroupe plusieurs ensembles de produits existants, y compris ceux qui constituent un service complet en quatre volets pour l'élimination de la transmission mère-enfant (ETME) du VIH, ainsi que des produits pour la planification familiale, les infections sexuellement transmissibles (IST), la violence sexuelle, la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et le VIH.

Vous trouverez des outils OMS pouvant aiguiller la mise en oeuvre d'autres services liés au VIH dans l'encadré 5.3, ainsi que des outils proposant des orientations relatives à l'établissement de liens en la SSR et le VIH dans l'encadré 5.4.

Encadré 5.3 : Orientations de l'OMS relatives aux approches en matière de prestation de services liés au VIH

La publication de 2016, *Lignes directrices unifiées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH : recommandations pour une approche de santé publique, deuxième édition* (7), ainsi que la publication de 2015, *Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV* (153) donnent des orientations générales dans des domaines essentiels sur le plan opérationnel et en matière de prestations de services :

- Proposer le traitement antirétroviral (TAR), appuyer la mise en route du TAR et proposer un appui pour l'observance
- Rétention dans les soins des clients vivant avec le VIH, tout au long du continuum de soins
- Intégration des services et établissement de liens, et décentralisation du traitement et des soins de l'infection à VIH
- Ressources humaines, y compris la redistribution des tâches
- Services de laboratoire et de diagnostic
- Systèmes de gestion des achats et de l'approvisionnement des produits.

Encadré 5.4 : Outils proposant des orientations sur la façon d'instaurer des liens entre la SSR et le VIH

- *La santé sexuelle et reproductive et le VIH/SIDA. Un cadre de liens prioritaires*, 2005 (151)
- *SRH & HIV linkages resource pack*, 2012 (154)
- *Integrating HIV voluntary counselling and testing services into reproductive health settings : stepwise guidelines for programme planners, managers and service providers*, 2004 (155)
- *Choix en matière de procréation et services de planification familiale pour les personnes vivant avec le VIH. Outil de conseil*, 2012 (116)
- *Outil d'évaluation rapide des liens établis entre la santé sexuelle et de la reproduction et le VIH. Guide générique*, 2009 (73).

5.2.2 Décentralisation des services

La décentralisation vise à fournir des services de SSR et de VIH sur des sites plus locaux pour le client. Bien que la décentralisation puisse revêtir plusieurs formes, comme la déconcentration, la délégation ou la dévolution, l'on se concentre ici sur les résultats de la décentralisation sur le traitement antirétroviral (TAR) et sur l'accès à des services de SSR (des recommandations spécifiques à cet égard se trouvent au Chapitre 3, section 3.2.4). La décentralisation de l'accès à ces services peut constituer une réforme clé pour les femmes vivant avec le VIH, étant donné que cela peut

améliorer l'accès aux services, la recherche de soins et la rétention dans les soins (7). Dans de nombreux contextes, les frais de transport et les longs délais d'attente dans les hôpitaux centraux sont des barrières considérables à l'accès aux services et à la rétention dans les soins. Dans les zones rurales en particulier, la décentralisation peut réduire la difficulté ainsi que le coût du transport et raccourcir le temps d'attente. La décentralisation, lorsqu'elle est soigneusement planifiée et mise en œuvre, en accordant à la confidentialité et à des soins d'excellente qualité l'attention qui leur est due, peut offrir des options plus sûres, plus accessibles et plus discrètes en matière de soins de santé, en particulier pour les femmes vivant avec le VIH. Les clients potentiels et/ou réels de ces services devraient participer aux activités de planification et d'élaboration des efforts en matière de décentralisation, ainsi qu'au suivi et à l'évaluation afin de veiller à ce que les services soient acceptables et appropriés. La décentralisation des soins et du traitement du VIH pour les femmes vivant avec le VIH peut également contribuer à renforcer la participation de la communauté et à créer des liens entre les interventions à assise communautaire et les établissements de soins de santé.

- **Les approches à ancrage communautaire** en matière de prestation de services peuvent accroître l'accessibilité et l'acceptabilité pour les populations clés. Les activités de sensibilisation, les services mobiles, les centres de consultation et les approches fondées sur le lieu permettent d'atteindre celles et ceux qui n'ont qu'un accès limité aux établissements formels de soins de santé, ou sont sous-desservis par ces structures. Ces approches permettent de créer des liens et des aiguillages essentiels entre la communauté et les établissements de soins, et elles viennent appuyer la décentralisation. Les programmes à assise communautaire peuvent également être des programmes dirigés et exécutés par des femmes vivant avec le VIH, qui sont également membres des communautés de populations clés. Les membres du personnel, y compris les pairs, qui participent aux approches à base communautaire doivent être soutenus de façon appropriée en ce qui concerne la formation, le conseil, l'encadrement et la gestion, ainsi que les incitations et la rémunération.
- **Les services communautaires** sont des interventions conçues, exécutées par les membres de la communauté, qui en opèrent également le suivi. Ils permettent aux membres de la communauté de s'attaquer aux barrières structurelles à l'exercice de leurs droits et leurs donnent les moyens de changer les normes sociales, ce qui atténue les vulnérabilités au-delà du VIH. Leur rôle consiste notamment à assurer :
 - un accès adéquat et fiable aux produits (préservatifs, lubrifiants et contraceptifs temporaires) et aux services cliniques au travers d'activités de sensibilisation, des orientations et d'une distribution à l'échelon local (156) ;
 - une riposte face à la violence à l'encontre des femmes vivant avec le VIH et la mise en œuvre d'autres interventions structurelles ; et
 - des moyens formels et informels permettant à la communauté de communiquer son retour d'expériences sur la qualité des services et d'entrer en relation avec des services au-delà de la SSR ou du programme VIH.

5.2.3 Redistribution des tâches et partage de la prestation des services

La redistribution des tâches implique une nouvelle répartition rationnelle des tâches entre les agents de santé et les prestataires communautaires. Le cas échéant, les tâches sont retirées aux agents de santé hautement qualifiés et réattribuées aux agents ayant suivi une formation plus courte et disposant de moins de qualifications complémentaires (7). De nombreux pays sont confrontés à une pénurie d'agents de santé ; la redistribution des tâches peut augmenter l'efficacité et l'efficience du personnel disponible, ce qui permet à la main d'œuvre existante de desservir un plus grand nombre de personnes. Les organisations communautaires ont également un rôle important à jouer pour que l'on puisse atteindre les femmes vivant avec le VIH, en nouant le contact avec elles, en les aiguillant vers des services et en leur prodiguant des soins et un appui en continu, ce qui revient à appuyer des tâches liées à la promotion de la santé. Des recommandations spécifiques relatives à la redistribution et au partage des tâches en lien avec le TAR figurent au Chapitre 3, section 3.2.4.

La publication de 2012 de l'OMS, *Optimisation des rôles du personnel de santé par la délégation des tâches pour améliorer l'accès aux interventions de santé maternelle et néonatale (Optimiser la SMN)* émet des recommandations au sujet des tâches pouvant être redistribuées à des membres du personnel spécifiques en fonction d'une revue des faits observés (58). De nombreuses recommandations parmi celles se trouvant dans ce document sont pertinentes pour la SDSR des femmes vivant avec le VIH, bien qu'elles ne portent pas spécifiquement sur les femmes vivant avec le VIH. Les recommandations de cette publication, sont accessibles ici : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/84202/9789242504842_fre.pdf ?. Cette publication contient également davantage d'informations relatives à la redistribution des tâches pouvant être envisagées d'après des révisions supplémentaires de données, de même que des informations relatives aux tâches que l'on recommande de ne pas redistribuer.

En outre, les modèles de pair à pair sont des stratégies de prévention et de traitement efficaces pour atteindre les femmes et les filles vivant avec le VIH. Il a par exemple été démontré pour plusieurs programmes qu'ils pouvaient potentiellement mener à une augmentation significative du recours au test de dépistage du VIH, et que le soutien par les pairs pouvait avoir un impact positif sur l'observance du TAR.

- **Les interventions par les pairs** – que l'on appelle aussi interventions basée sur les pairs ou pilotées par les pairs – constituent une méthode importante pour la prestation de services et l'échange d'information et d'aptitudes qui encourage les comportements sûrs auprès des individus ou des réseaux de femmes vivant avec le VIH. Au-delà de la prestation de services, les pairs peuvent faire figure d'exemple à suivre et offrir un appui respectueux et dénué de jugement pouvant contribuer à réduire la stigmatisation, améliorer la confiance entre la communauté et les agents de santé, faciliter l'accès aux services et améliorer leur acceptabilité et leur potentiel de durabilité.

5.3 Principaux éléments à prendre en considération dans le cadre des services proposés aux femmes vivant avec le VIH

Les programmes doivent fournir des services équitables qui sont (1) centrés sur la personne, (2) accessibles, (3) acceptables et (4) abordables. De plus, les femmes vivant avec le VIH doivent connaître l'existence de ces services et être en mesure d'y recourir. Un soutien direct pourrait aider les femmes qui rencontrent d'immenses difficultés lorsqu'il s'agit de recevoir des soins. Parmi ces femmes, on peut citer : les femmes transgenres, qui peuvent ne pas être considérées comme étant éligibles pour avoir accès aux « services destinés aux femmes » dans certains contextes ; les travailleuses du sexe, pour lesquelles les heures d'ouverture des services de soins de santé peuvent représenter un obstacle ; et les femmes handicapées, qui peuvent avoir des problèmes en ce qui concerne l'accès. Il est important de soutenir leur SDRS, comme pour toutes les femmes. On recommande de fournir à ces femmes des services dans un environnement commode, en toute confidentialité et dans un souci d'égalité entre les hommes et les femmes et d'adopter des interventions visant à prévenir la discrimination et réduire la stigmatisation (92). Il est important de garder à l'esprit que les agents de santé peuvent elles-mêmes également être des femmes vivant avec le VIH.

5.3.1 Centrés sur la personne

Les services de santé centrés sur la personne constituent une approche en matière de soins où l'on cherche consciemment à se placer du point de vue des individus, des familles et des communautés et à les percevoir comme étant des participants au sein de systèmes de santé qui ont leur confiance et dont ils peuvent bénéficier, parce qu'ils répondent à leurs besoins et à leurs préférences de façon humaine et holistique. Cette approche nécessite que les personnes disposent de l'éducation et du soutien nécessaires pour prendre des décisions et participer à leurs propres soins. Elle s'articule autour des besoins et des attentes des personnes en matière de santé, plutôt qu'autour des maladies (157)⁴.

Afin de relever les défis fondamentaux auxquels les systèmes de santé sont aujourd'hui confrontés, le Cadre OMS pour des services de santé intégrés centrés sur la personne propose cinq directions stratégiques interdépendantes qui doivent être adoptées si l'on veut que la prestation des services de santé devienne plus intégrée et axée sur la personne (148) :

- autonomiser et faire participer les personnes en leur fournissant des opportunités, des compétences et des ressources ;
- renforcer la gouvernance et la responsabilisation ;
- réorienter le modèle de soins pour que des services de soins de santé efficaces et efficaces soient acquis et fournis au travers de modèles qui donnent la priorité aux services de soins de santé primaires et communautaires et à la coproduction en matière de santé ;
- coordonner les services en fonction des besoins des personnes à tous les niveaux des soins, et promouvoir des activités pour intégrer les différents prestataires de soins de santé et créer des réseaux efficaces entre la santé et d'autres secteurs ; et
- créer un environnement favorable permettant de regrouper les différentes parties prenantes pour pouvoir réaliser les transformations voulues.

4. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en/>

Il convient de mettre sur pied et de négocier les interventions à l'échelon local dans certains contextes nationaux spécifiques. Dans chaque contexte, il faut concevoir et développer un savant mélange de stratégies en tenant compte des conditions, des valeurs et des préférences locales (157).

5.3.2 Accès

Surmonter les obstacles liés à l'âge : les lois sur l'âge de consentement devraient être révisées afin de déterminer leur effet sur l'accès aux services. Les pays devraient envisager de réviser leurs politiques relatives à l'âge du consentement et créer des exceptions à la limite d'âge (c'est-à-dire le statut de mineur mature ; le mariage des enfants). Les pays peuvent également réfléchir aux meilleurs moyens d'évaluer la capacité de consentement des adolescents.

Rendre les services commodes : les programmes peuvent envisager d'offrir des services mobiles et/ou occasionnels et des services de weekend et/ou de nuit qui facilitent l'accès. La sensibilisation, y compris les services sur un lieu fixe ou à domicile et les interventions numériques par téléphone mobile, peut également accroître l'accès.

Décentraliser les services : la décentralisation des services d'un lieu centralisé à une sensibilisation communautaire et/ou mobile (avec un véhicule) et des établissements de santé périphériques peut accroître l'accès. Par exemple, l'éducation sexuelle à l'école, les conseils des pairs et les activités communautaires peuvent diffuser des messages comportementaux, promouvoir le suivi après orientation dans un service, améliorer l'adhérence au traitement et favoriser la participation des individus par rapport à leurs propres soins de santé.

Investir dans la création d'un environnement favorable : les pays peuvent soutenir l'accès des femmes vivant avec le VIH, y compris celles des populations clés, aux services en investissant dans les facteurs déterminants, tels que les programmes d'alphabétisation juridique et en matière de droits de l'homme, les programmes de traitement intégrés, les services juridiques, les programmes pour réduire la stigmatisation et la discrimination, et la formation des travailleurs de la santé et du personnel chargé d'appliquer la loi.

5.3.3 Acceptabilité

Formation des prestataires de soins de santé : sensibiliser et éduquer les prestataires de services (y compris les travailleurs de la communauté, les travailleurs communautaires pairs, le personnel d'appui et le personnel de gestion) sur des questions spécifiques relatives aux femmes vivant avec le VIH, y compris celles des populations clés, et sur les pratiques non discriminatoires, tenant compte du genre, et l'élimination de la stigmatisation. Cela peut être fait en utilisant la formation initiale et la formation interne, la documentation de travail, la supervision du soutien et le suivi de la formation. Selon le cas, la formation devrait impliquer les représentants des femmes vivant avec le VIH.

Créer un environnement sûr et favorable : les espaces sûrs (aussi bien pour les soins de santé que pour les services sociaux) et les environnements privés et libres de toute stigmatisation peuvent encourager l'accès par les femmes vivant avec le VIH. Par exemple, fournir des entrées séparées et bien éclairées ou des services dans un cadre approprié peut réduire les obstacles aux services. De la même façon, la confidentialité doit être respectée, en évitant la divulgation non intentionnelle du statut en instaurant des modalités d'accès à la santé différentes entre les femmes vivant avec le VIH et les autres. L'inclusion des femmes vivant avec le VIH au moment de planifier l'accès aux services peut permettre d'améliorer l'efficacité des services. Cela inclut également les femmes vivant avec le VIH qui sont elles-mêmes agents de santé.

Fournir des services de qualité : les services devraient être acceptables et de qualité. L'un des moyens d'évaluer la qualité consiste à surveiller l'expérience du patient, en utilisant des indicateurs nationaux et mondiaux.

Assurer un consentement volontaire et éclairé : les programmes doivent promouvoir le droit individuel à décider de son propre traitement et accepter le droit de refuser les services. Tous les services devraient être volontaires, sans coercition ou condition préalable pour l'obtention des services ou matériels. Les informations sur les services et le traitement devraient être claires, explicites et dans la langue appropriée et être accessibles pour les femmes peu ou non alphabétisées. Les informations pour les adolescents devraient être adaptées à leur stade de développement.

Assurer la confidentialité : une attention devrait être accordée à la protection de la vie privée et de la confidentialité, par exemple fermer la porte de la salle de consultation ou trouver un endroit privé pour discuter. Les clients devraient être rassurés par rapport à la confidentialité, par exemple en demandant leur permission avant de dévoiler certaines informations à d'autres prestataires de soins de santé. Les programmes devraient aborder les complexités liées au

maintien de la confidentialité dans la communauté, la sensibilisation et les approches de pairs en particulier. De leur côté, les prestataires de soins de santé peuvent veiller à ce que les dossiers médicaux demeurent confidentiels, ce qui permet de renforcer la confiance entre les services de santé et les femmes vivant avec le VIH.

Impliquer les femmes vivant avec le VIH : les femmes vivant avec le VIH, y compris les membres des populations clés, devraient être impliquées dans la conception des programmes, y compris leur planification, mise en œuvre, suivi et évaluation. Elles devraient également être impliquées comme prestataires et porte-paroles. Une telle implication peut accroître le sens d'appartenance de la communauté et, par conséquent, l'efficacité du programme.

5.3.4 Abordabilité

Assurer les ressources monétaires : les pays devraient utiliser des informations stratégiques appropriées, fiables et en temps opportun afin d'établir des priorités dans l'allocation des ressources, d'évaluer les réponses et d'orienter les processus de responsabilisation, étant donné que l'engagement et le financement du gouvernement sont importants. Cela inclut l'investissement et le soutien à la société civile, y compris les réseaux de personnes vivant avec le VIH, de personnes à risque et touchées par le VIH, qui doivent être mis à l'échelle pour renforcer leur rôle essentiel dans le cadre de la réponse.

Réduire ou éliminer les frais : selon le cas, les services devraient être gratuits ou à des prix modiques. L'assurance ou les subventions de santé devraient couvrir tous les frais de services.

Réduire les coûts : les coûts du système de santé et des utilisateurs peuvent être réduits à travers l'intégration et la décentralisation des services, y compris les approches communautaires ou pilotées par la communauté, par la sensibilisation communautaire et des lieux appropriés, tout en assurant la qualité et la confidentialité. Les coûts individuels peuvent être diminués également en réduisant le temps d'attente dans les établissements à travers des systèmes de rendez-vous flexibles et la séparation des consultations cliniques et des collectes de médicaments.

5.3.5 Considérations spéciales à l'égard de la SDR des jeunes femmes transgenres vivant avec le VIH

Les organismes de défense des droits de l'homme ont également appelé les états à assurer un accès opportun et abordable à des services de soins de santé de qualité satisfaisante, y compris pour les adolescents, proposés de façon à garantir le consentement éclairé, respecter la dignité, garantir la confidentialité, et à tenir compte des besoins et des points de vue des personnes (158). Cependant, de nombreuses jeunes femmes transgenres vivant avec le VIH sont particulièrement visées par la stigmatisation et la discrimination. Le refus de fixer des rendez-vous cliniques, le refus de traitement, ou le traitement associé à un manque de respect flagrant, la violation du secret médical, les humiliations en privé et les manœuvres de dénigrement en public font partie des pratiques discriminatoires et des abus ayant été signalés, tout comme les soins bâclés ou de qualité inférieure (159). Le reste de la présente sous-section aborde les considérations spéciales pour la SDR des jeunes femmes transgenres vivant avec le VIH qui sont pertinentes pour toute une série de problématiques ayant trait à la prestation de services pour ces femmes. Davantage d'informations sur les jeunes transgenres et le VIH sont disponibles dans la publication de 2015, *Technical brief : HIV and young transgender people* (160).

Prestation de service

La difficulté liée au fait de concilier un désir d'exprimer son identité avec la peur d'être stigmatisé pour cela a souvent un impact négatif sur le bien-être émotionnel des adolescents transgenres et peut les dissuader de rechercher des conseils et des informations au sujet de l'identité de genre, de la SSR et du VIH (160).

Les participants à des consultations des Nations Unies menées avec la communauté ont identifié la discrimination exercée par les prestataires de soins de santé comme étant l'une des barrières les plus importantes à l'accès au dépistage, au traitement et aux soins (données provenant de la consultation avec le HIV Young Leaders Fund [HYLF] et la consultation avec l'UNFPA [160]). Les jeunes transgenres peuvent craindre que leur identité de genre ne soit divulguée aux autres par les prestataires de soins de santé. Ceux qui parlent ouvertement de leur identité de genre peuvent se voir refuser des services de santé. Certains patients ont signalé que des médecins, qui réprouvaient clairement leur identité transgenre, avaient refusé de leur administrer un traitement pour le VIH (161).

Là où des services sont disponibles, les prestataires n'ont souvent pas d'expérience avec des jeunes ou ne disposent pas des connaissances nécessaires pour gérer les problèmes de santé spécifiques aux personnes transgenres (162).

Certaines femmes transgenres sont frustrées de constater que leurs préoccupations en matière de SSR sont souvent automatiquement associées à celles d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, ou elles ont le sentiment de devoir éduquer les prestataires de soins de santé au sujet de leurs besoins. Elles ont également exprimé leur préoccupation face à l'absence de conseils de la part des professionnels de santé concernant les interactions entre le traitement pour le VIH et l'hormonothérapie (160).

Des études menées aux États-Unis ont montré que les personnes transgenres qui ont eu de mauvaises expériences avec les prestataires de soins de santé ont tendance à éviter de faire appel aux soins de santé par la suite (163). Les services qui ne sont pas acceptables pour les personnes transgenres échouent à fournir une prévention, un traitement et des soins efficaces pour le VIH à cette population.

Utilisation des services de SSR

Les jeunes transgenres qui sont dans une relation peuvent, à l'instar des personnes non transgenres, avoir tendance à utiliser le préservatif moins fréquemment avec leurs partenaires principaux qu'avec des partenaires occasionnels ou des clients (160).

Les barrières aux soins de santé pour les personnes transgenres ont été fortement associées à la dépression, à la pression économique et à une mauvaise estime de soi, ce qui peut réduire les taux de recours au préservatif (164).

Commerce du sexe

Les données probantes semblent indiquer qu'une proportion significative des jeunes femmes transgenres vendent leurs services sexuels dans certains contextes, ce qui est souvent la conséquence de l'exclusion sociale, de la vulnérabilité sur le plan économique et de la difficulté à trouver un emploi (165, 166).

Considérations pour les programmes et la prestation de services

- Il convient de veiller à ce que les jeunes transgenres aient accès à des informations appropriées en matière de SSR, indépendamment de leur état civil et sans exigences relatives au consentement des parents/tuteurs (167), et à ce qu'un traitement médical soit possible et effectivement envisagé sans le consentement des parents/tuteurs lorsque c'est dans le meilleur intérêt de la personne.
- Il faut prévenir la violence et l'exploitation physique, affective et sexuelle sous toutes leurs formes, qu'elles soient perpétrées par les personnes chargées de l'application de la loi ou d'autres auteurs, et encourager les initiatives communautaires en matière de réponse.

Considérations pour les réformes législatives et politiques

- Les pays sont encouragés à examiner leurs politiques de consentement en vigueur et envisager de les réviser afin de réduire les barrières liées à l'âge et au consentement des parents/tuteurs pour permettre l'accès et l'utilisation des services de dépistage du VIH et des IST, ainsi que des services de traitement et de soins. Les pays devraient s'attaquer aux normes sociales et à la stigmatisation autour de la sexualité, du genre, des identités de genre et de l'orientation sexuelle au travers d'une éducation complète à la sexualité à l'école, en fonction de l'âge, d'informations de soutien et un soutien parental pour les familles, de la formation d'éducateurs et de prestataires de soins de santé, ainsi que des politiques de non-discrimination à l'emploi (10, 168).

5.4 Comprendre l'épidémiologie locale du VIH et des IST

L'élaboration et la mise en œuvre d'un plan reposant sur des données factuelles nécessite de comprendre les caractéristiques des populations de femmes vivant avec le VIH touchées ; les caractéristiques des populations concernées ; les environnements physiques, sociaux et politiques ayant une incidence sur le risque et la vulnérabilité ; les besoins et les priorités des femmes vivant avec le VIH et tout autre facteur pouvant faciliter ou entraver les initiatives visant à subvenir à ces éléments ; et les systèmes de santé et infrastructures communautaires.

Alors que la plupart des risques, besoins et aspirations de SDRS sont communs à toutes les femmes, certains de ces facteurs diffèrent parmi les femmes vivant avec le VIH et d'autres sont spécifiques à un contexte ou à un groupe particulier. Par conséquent, pour une intervention locale appropriée, acceptable et efficace, ces risques, besoins et aspirations devraient être examinés localement et les communautés, les réseaux et les femmes vivant avec le VIH dans toute leur diversité à l'échelon local devraient être consultés et encouragés à prendre une part active à l'analyse de la situation.

Les personnes les plus vulnérables sont celles considérées comme membres de plus d'une population clé. Par exemple, certaines femmes transgenres vivant avec le VIH peuvent également se livrer au commerce du sexe et être confrontées à des niveaux élevés de violence et de discrimination, ou avoir des besoins de santé et de bien-être additionnels liés à leur statut pour le VIH, leur identité de genre et/ou leurs activités dans le commerce du sexe. Les femmes vivant avec le VIH dans des milieux à faibles ressources pourraient être sans domicile et/ou souffrir de problèmes de santé mentale ou craindre la violence.

Il est essentiel que les exercices de collecte d'informations, et l'information proprement dite, servent à protéger et non à mettre en danger, la sécurité et la vie privée des femmes vivant avec le VIH. À chaque fois, les principes éthiques devraient être observés, et les droits de l'homme des femmes vivant avec le VIH doivent être protégés. Dans certaines circonstances, déterminer l'effectif des populations de femmes vivant avec le VIH ou cartographier leurs besoins en matière de SDRS pourrait sans le vouloir mettre en danger les membres de la communauté ou les soumettre à la stigmatisation et à la violence en les identifiant comme étant des personnes vivant avec le VIH et/ou comme appartenant à des groupes de populations clés. Pendant l'exercice de collecte d'information, il est essentiel de protéger la vie privée, la confidentialité et la sécurité de l'information collectée de façon rigoureuse. Si la sécurité et les droits de l'homme des femmes vivant avec le VIH ne peuvent être protégés, la collecte de certaines informations, comme la cartographie du lieu où les femmes vivant avec le VIH se retrouvent, devrait être évitée.

En outre, les besoins des femmes vivant avec le VIH en matière de SDRS changent au fil du temps, ainsi que d'autres facteurs contextuels et environnementaux. Le processus de suivi et l'évaluation en cours identifiera les paramètres ayant changé et s'attèlera à redéfinir ou à rediriger la riposte. Une analyse de la situation identifiera les lacunes présentes dans l'information. Un programme de recherche approfondie pourrait combler ces lacunes, qui sont en partie abordées au Chapitre 6, Tableau 6.1.

Chapitre 6. Élaboration du programme de recherche

6.1 Définition des éléments de recherche dont il faut tenir compte en priorité afin de renforcer la base de connaissances

La base de connaissances était limitée pour la plupart des questions traitées au travers des nouvelles recommandations dans les présentes lignes directrices. Les raisons en étaient notamment les suivantes : (i) peu d'études rigoureuses relatives aux domaines d'intérêt ont été publiées dans les revues à comité de lecture ; (ii) les différentes études présentaient peu de diversité géographique ; et (iii) les études incluaient peu de résultats d'intérêt. Le degré de certitude des données probantes a été évalué comme « faible » ou « très faible » pour plusieurs des interventions évaluées. Selon la méthode pour le grade donné aux recommandations, examen, élaboration et évaluation (GRADE) (9), là où le degré de certitude est « faible » ou « très faible » pour les résultats importants, cela implique que les recherches ultérieures sur ces interventions ont de grandes chances d'avoir un impact sur le degré de certitude futur et sur les recommandations à venir relatives à ces interventions. La qualité des données était également faible de façon générale et était souvent affectée par des imprécisions (petite taille d'échantillon) et un caractère indirect. Dans de nombreux cas, les données factuelles à disposition n'incluaient pas les femmes vivant avec le VIH dans le contexte de l'intervention et dans d'autres cas, il manquait un groupe témoin approprié avec lequel comparer les données pour effectuer une mesure de l'intervention. Les données étaient particulièrement limitées autour des interventions suivantes : type d'avortement, auto-efficacité et autonomisation, satisfaction sexuelle, appui pour la divulgation volontaire et respect des droits de l'homme.

Au cours de l'élaboration de cette publication, le Groupe chargé de l'élaboration des lignes directrices (GDG) a identifié d'importantes lacunes au niveau des connaissances qui devront être comblées par de plus amples travaux de recherche primaire. Le Tableau 6.1 dresse la liste de ces lacunes, mais il ne s'agit pas d'une liste exhaustive et de nombreux autres sujets pourraient également bénéficier de recherches approfondies (169).

Tableau 6.1 : Questions prioritaires pour de futures recherches sur la santé et les droits des femmes vivant avec le VIH en matière de sexualité et de reproduction (SDSR)

Thématique	Questions de recherche prioritaires pour remédier aux lacunes
A. Créer et préserver un environnement favorable	
Santé sexuelle et vieillissement	<ul style="list-style-type: none"> • Comment faire en sorte que les services appuient au mieux une sexualité saine chez les femmes plus âgées vivant avec le VIH, y compris les femmes hétérosexuelles, lesbiennes, bisexuelles et transgenres ? • Quels sont les effets possibles du VIH et du traitement pour le VIH en post-ménopause ?
Protection contre la violence au cours de l'adolescence	<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les facteurs de protection et de risque associés au passage des adolescentes à l'âge adulte dans le contexte de la violence et d'autres barrières à une SDSR optimale ? • Quelles sont les meilleures interventions pour parvenir à des résultats sains ?
Populations difficiles à atteindre	<ul style="list-style-type: none"> • Comment les services destinés aux femmes vivant avec le VIH peuvent-ils intégrer les préoccupations des femmes difficiles à atteindre et les desservir de façon plus efficace ? • Comment des normes sociales positives peuvent-elles contribuer à lutter contre la stigmatisation et la discrimination ? • Comment peut-on fournir des services de santé et psychosociaux adéquats et personnalisés aux jeunes transgenres (âgée de 10 à 24 ans) ?
Les femmes vivant avec le VIH qui sont elles-mêmes agents de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Quels degrés d'appui, de confidentialité et quelles attitudes prévalent au sein du système de santé pour les femmes vivant avec le VIH qui sont agents de santé ? • Que font actuellement les responsables des soins de santé en ce qui concerne l'accès de ces femmes aux services ? • Quelle est la prévalence de la violence sexiste, y compris la violence exercée par le partenaire intime et la violence sexiste sur le lieu de travail, dont sont victimes les agents de santé qui sont également des femmes vivant avec le VIH ?

Thématique	Questions de recherche prioritaires pour remédier aux lacunes
A. Créer et préserver un environnement favorable (suite)	
Droits de l'homme et santé	<ul style="list-style-type: none"> • Comment pouvons-nous intégrer de façon efficace les droits de l'homme aux soins de santé et aux systèmes de soins de santé ? • Comment les techniques dans le domaine des droits de l'homme peuvent-elles être employées pour améliorer les résultats sanitaires ? • Quels sont les violations actuelles des droits fondamentaux au sein du système de santé et que peut-on faire pour les prévenir ?
Services de traitement du VIH	<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les effets à long terme des antirétroviraux (ARV) sur la qualité de vie des femmes vivant avec le VIH ? • Quelles sont les répercussions sur la santé mentale, les répercussions psychosociales, physiques, relationnelles et autres d'un traitement à vie ? • Quel est l'état des connaissances des femmes au sujet de leur traitement et comment peut-on le renforcer s'il est insuffisant ? • Comment mettre en œuvre au mieux les nouvelles lignes directrices en matière de traitement afin de favoriser un bon état de santé global, tout en reconnaissant les risques, tels que la violence et d'autres difficultés ? • Comment peut-on appuyer au mieux un accès continu aux services de traitement pour le VIH, y compris l'utilisation de l'assurance maladie, alors que les modèles de financement sont en train de passer d'un appui provenant de bailleurs de fonds externes à des sources de soutien locales ?
Intégration des services de SDR aux services de traitement du VIH	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est l'influence du financement sur l'intégration des services, en particulier lorsque les priorités et les indicateurs du bailleur de fonds sont différents par rapport à ceux des programmes nationaux et d'autres donateurs ? • Quelles sont les incidences d'une prestation de services de SSR intégrés aux soins du VIH sur les capacités des agents de santé en matière de prestation de services et quelles répercussions cela a-t-il sur les clients ?
B. Interventions sanitaires	
Autonomisation et autoefficacité	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est la meilleure façon de promouvoir l'égalité et l'autonomisation des femmes vivant avec le VIH afin qu'elles aient accès à une vie sexuelle saine et épanouissante ?
Divulgaration sans danger	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les meilleures méthodes pour la divulgation d'un statut sérologique pour le VIH ? Parmi les options nécessitant des recherches approfondies, citons : une assistance à la notification des partenaires et d'autres méthodes de soutien à la divulgation ; des méthodes de dépistage du VIH et de divulgation sans danger qui pourraient permettre d'expliquer pourquoi les personnes préfèrent ne pas divulguer, tout en s'attaquant aux barrières de façon innovante ; un appui fonctionnel associé à la divulgation (par exemple des refuges), en particulier dans les environnements où le taux des autres barrières à une SSR satisfaisante est élevé, comme par exemple la violence ; des services de bout-en-bout avec un appui à la divulgation.
Communication brève relative à la sexualité	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les interventions les plus efficaces à l'appui de relations sexuelles sans danger et épanouissantes pour les femmes vivant avec le VIH qui le désirent, en fonction des données factuelles relatives à une sexualité saine et aux dysfonctionnements sexuels chez les femmes vivant avec le virus ?
Césarienne	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les morbidités associées à la césarienne chez les femmes vivant avec le VIH par rapport aux femmes ne vivant pas avec le VIH ?
Travail et délivrance	<ul style="list-style-type: none"> • Quel est la conséquence d'un diagnostic du VIH au cours de la grossesse ? • Comment soutenir au mieux les femmes chez qui ont pose un diagnostic au cours de la grossesse pour les aider à gérer les résultats négatifs y associés ? • Quelle est la proportion des femmes non enceintes qui se soumettent à un test de dépistage pour le VIH ? • Quel est le lien entre le dépistage du VIH et les soins liés à la grossesse ? • Comment peut-on retenir les femmes allaitant au sein dans les soins pour le VIH ? • Quelle est le lien entre le traitement antirétroviral (TAR) et la prééclampsie ? Il convient de noter que les recommandations de l'OMS de 2011 pour la prévention et le traitement de la prééclampsie et de l'éclampsie ne sont pas spécifiques aux femmes vivant avec le VIH (170).

Thématique	Questions de recherche prioritaires pour remédier aux lacunes
B. Interventions sanitaires (suite)	
Avortement sans danger	<ul style="list-style-type: none"> Les résultats des avortements chirurgicaux et médicamenteux chez les femmes vivant avec le VIH sont-ils différents lorsqu'on utilise de la mifépristone et du misoprostol ? Il convient de noter que le fait que les études incluses n'aient porté que sur les avortements pour lesquels on utilise le misoprostol, au lieu de l'association de mifépristone et de misoprostol recommandée, constitue une lacune importante en matière de recherche (32).
Santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> Quelle est l'association entre l'état de stress post-traumatique chez les femmes vivant avec le VIH et leurs expériences relatives au diagnostic du VIH, leurs expériences relatives à la violence et d'autres expériences répandues en lien avec le VIH ?

6.2 Vers une approche de recherche appropriée en matière de SDR

6.2.1 Les femmes vivant avec le VIH dans la recherche : des partenaires sur un pied d'égalité

La recherche portant sur les femmes vivant avec le VIH devrait menée avec, par et pour les femmes vivant avec le VIH, à titre de partenaires égales dans la recherche. La recherche menée et financée dans ce domaine devrait présenter une justification, expliquant pourquoi elle est importante pour les femmes vivant avec le VIH.

Des travaux plus poussés sont nécessaires pour veiller à ce que les droits fondamentaux soient intégrés de façon active et efficace à la planification des services de soins de santé et à la prestation de soins de santé. De la même façon, les chercheurs en SDR devraient chercher à intégrer les considérations en matière de droits de l'homme et les mesures des résultats y associées à leurs concepts d'étude et devraient veiller à ce que la langue utilisée soit appropriée au contexte de la SDR.

La recherche portant sur des questions de recherche plus vastes devrait inclure les femmes vivant avec le VIH dans la population d'étude et présenter des analyses par sous-groupes pour montrer dans quelle mesure les conclusions peuvent être spécifiques à ce groupe. Par exemple, le programme de recherche plus large autour de la prévention de la violence, y compris la stigmatisation, pourrait étudier le rôle du VIH chez les populations marginalisées, comme les travailleurs et travailleuses du sexe, sans se concentrer uniquement sur le VIH. Ces liens pourraient fournir des indications précieuses pour les mesures à venir pour toutes les femmes, et pas seulement les femmes vivant avec le VIH.

La recherche devrait être respectueuse des situations uniques des participantes. Des considérations clés pour la réalisation de recherches auprès des femmes ayant fait l'objet de violence figurent par exemple dans la publication de 2016 intitulée *Ethical and safety recommendations for intervention research on violence against women. Building on lessons from the WHO publication : Putting women first : ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women (171)*.

La recherche pragmatique participative (PAR) constitue une approche orientée vers l'action et favorisant potentiellement l'autonomie. Cette approche respectueuse, qui compte avec la participation des communautés et apprend de ces dernières, a été rebaptisée « MIWA » par des militantes du VIH, pour « meaningful involvement of women living with HIV and AIDS » (participation significative des femmes vivant avec le VIH et le sida). L'approche utilisée lors de l'élaboration des présentes lignes directrices et la participation des communautés de femmes vivant avec le VIH témoignent de l'étendue et de la richesse de la collaboration, avec des résultats de recherche complets et des témoignages positifs et détaillés qui montrent qu'il est possible d'appliquer les principes MIWA que sont la participation, la diversité et l'éthique (40). Lorsqu'elle est appliquée correctement, la recherche pragmatique participative (PAR) peut contribuer à faire évoluer les mentalités et à entraîner le changement (172). La publication de 2014 constitue un outil utile pour planifier une PAR. Elle s'intitule *Participatory action research in health systems : a methods reader (172)*.

6.2.2 Structure des études

Afin d'étoffer la base de connaissances permettant de faire des recommandations, les études devraient s'appuyer sur la structure la plus rigoureuse pour répondre à la question de recherche. Pour les questions relatives à l'efficacité d'interventions particulières, les essais contrôlés randomisés et d'autres études comparatives devraient être utilisées. Il est toutefois important de noter qu'il faut connaître le contexte pour comprendre ce que l'on étudie précisément dans le cadre d'un essai contrôlé randomisé, afin d'interpréter les résultats de façon correcte et de pouvoir éventuellement appliquer les conclusions à d'autres populations ou contextes. La documentation relative aux processus qualitatifs et quantitatifs devrait donc venir compléter ces essais.

Des recherches plus approfondies sur l'application de la science et la démonstration permettraient de fournir des informations sur ce qu'il faut et ne faut pas faire pour mettre en œuvre les pratiques recommandées de façon efficace, tout en permettant également d'aborder un large éventail d'autres questions de recherche pouvant s'avérer pertinentes (173). La recherche devrait être structurée et menée de façon à, d'une part, répondre aux questions de recherche pertinentes et, d'autre part, à rendre possibles d'éventuelles mesures ultérieures fondées sur les conclusions de la recherche. Les questions de recherche et les discussions autour des conclusions devraient tenir compte des maîtres d'œuvre, contextes et ressources futurs. Pour ce faire, il est essentiel d'adopter une recherche sur la mise en œuvre en tant que méthode valide permettant d'obtenir des résultats solides (174).

Les chercheurs devraient placer leur recherche dans le contexte des services, ressources et acteurs pertinents existants en matière de santé, des liens entre les différents intervenants, et des diverses influences à travers le cadre socioécologique qu'il convient d'aborder afin de favoriser des résultats avantageux (175). Bien que chaque étude ne puisse pas couvrir tous les éléments d'un domaine, l'on devrait chercher à étudier tant les éléments cliniques que comportementaux en matière de SDR et de VIH et, au minimum, réfléchir aux limitations des travaux en l'absence de l'un ou de l'autre de ces éléments. Les auteurs devraient s'attacher à décrire dans le rapport de recherche les interventions et le contexte opérationnel dans le détail, afin que l'on puisse les appliquer à d'autre milieux, en les adaptant de façon appropriée pour maximiser les chances de succès.

Lorsqu'il est plus indiqué d'utiliser des méthodes qualitatives ou non comparatives pour répondre à une question de recherche, les chercheurs devraient indiquer explicitement quelles méthodes sont employées pour garantir la solidité de leurs résultats. La base théorique, les hypothèses utilisées, le niveau d'engagement du chercheur, l'approche en matière d'échantillonnage et les techniques d'analyse devraient par exemple être présentés. Cela permettra d'améliorer la rigueur des études et de traduire plus facilement les conclusions en mesures concrètes.

Il est important que la recherche identifie les accomplissements, les points forts et les plateformes sur lesquels s'appuyer, ainsi que les défis à relever (38). Lors de la planification, de la réalisation et de l'analyse de travaux de recherche, il convient d'utiliser des approches et paradigmes fondés sur les points forts et les atouts (150). L'enquête mondiale sur les valeurs et les préférences (GVPS) à laquelle ces directives font référence est un exemple d'approche positive que l'on peut utiliser pour comprendre des thèmes de santé importants, tant grâce au leadership de la communauté touchée dans le cadre de l'étude, que grâce aux enquêtes identifiant les pratiques positives sur lesquelles on peut s'appuyer pour prendre des mesures concrètes (37).

6.2.3 Financement

L'un des raisons expliquant la base de connaissances limitée relative aux femmes vivant avec le VIH est que l'on a tendance à exclure la participation de ces femmes à la recherche. Il est important de décourager l'utilisation du statut positif pour le VIH en tant que critère d'exclusion pour la participation à l'étude si l'on veut étoffer la base de connaissances. Les bailleurs de fonds devraient veiller à soutenir les études qui incluent les femmes vivant avec le VIH qui se portent volontaires pour y participer. Ils devraient veiller à ce que ces femmes reçoivent un appui pour comprendre la recherche et à ce que les conclusions des travaux leur soient communiquées. En outre, il faut reconnaître la précarité financière à laquelle bon nombre de femmes vivant avec le VIH sont confrontées et s'y attaquer lorsqu'on fait participer de façon active les communautés de femmes vivant avec le VIH, qui bien souvent ne sont pas dédommagées pour leur temps et leur engagement.

Chapitre 7. Diffusion, applicabilité et actualisation des lignes directrices et des recommandations

7.1 Diffusion

Ces lignes directrices pourront être téléchargées en ligne et seront également disponibles sur papier. Les versions en ligne seront disponibles via les sites internet des Départements OMS Santé et recherche génésiques (RHR) et VIH/Sida, ainsi qu'à travers la Bibliothèque de santé génésique (BSG).⁵ Les versions imprimées seront distribuées aux bureaux régionaux et de pays de l'OMS, aux Ministères de la Santé et aux partenaires nationaux de lutte contre le sida, aux centres collaborateurs de l'OMS, aux ONG partenaires et aux associations professionnelles, ainsi qu'aux communautés de personnes vivant avec le VIH. Des réunions techniques seront organisées conjointement avec les Départements RHR et VIH de l'OMS afin de faire connaître les recommandations et les produits dérivés, parmi lesquels des outils de mise en œuvre pour les nouvelles recommandations et déclarations de bonnes pratiques. En ce qui concerne la recommandation relative à une divulgation sans danger du statut pour le VIH, par exemple, l'OMS est en train de mettre sur pied un module destiné aux prestataires de soins de santé, plus particulièrement aux prestataires de services de dépistage et de conseil en lien avec le VIH, afin d'aider les femmes qui risquent d'être victimes de violence exercée par le partenaire intime ou le sont déjà à prendre des décisions en matière de divulgation tout en tenant compte de l'aspect sécurité. Ce module devra être utilisé conjointement au manuel clinique de l'OMS *Soins de santé pour les femmes victimes d'actes de violence commis par un partenaire intime ou d'actes de violence sexuelle*, qui donne aux prestataires de soins de santé des orientations pour prendre en charge les femmes victimes de violence, y compris au travers de conseils pratiques et d'une documentation de travail (176). Deux ensembles de documents regroupant les données probantes seront également rédigés (un ensemble sera destiné aux décideurs et aux Directeurs de programme et l'autre sera remis aux professionnels de santé). Ils mettront en exergue les problématiques contextuelles liées aux recommandations et à la mise en œuvre.

Si le budget le permet, les plans de diffusion comprendront également l'organisation d'ateliers et de séances d'information avec les différentes parties prenantes aux échelons mondial et régional. Il est prévu que des plans détaillés relatifs à l'élaboration des documents reprenant les données probantes et aux outils de mise en œuvre, ainsi qu'à la diffusion et à la mise en œuvre des lignes directrices, seront formulés en collaboration avec les maîtres d'œuvre, les partenaires nationaux et les communautés de femmes vivant avec le VIH. Cela permettra d'adapter les produits dérivés aux besoins en fonction des différents contextes nationaux.

Le résumé d'orientation et les recommandations de la présente publication seront traduits dans les six langues officielles des Nations Unies pour être diffusés au travers des bureaux régionaux de l'OMS et lors de réunions destinées aux personnels des Départements RHR et VIH de l'OMS, entre autres, ou organisées par eux.

Ces lignes directrices seront publiées sur le site internet du Département Santé et recherche génésiques et dans les « nouvelles HRP », la lettre d'information électronique mensuelle⁶. Les nouvelles HRP comptent actuellement plus de 3000 abonnés, y compris des cliniciens, des directeurs de programme, des décideurs politiques et des utilisateurs de services de santé dans le monde entier. Ces lignes directrices seront également diffusées au travers de plusieurs plateformes de partage des connaissances, y compris l'initiative de mise en application des meilleures pratiques (IBP)⁷ et sur le site internet du groupe de travail interinstitutions sur les liens entre la SSR et le VIH ;⁸ Les deux groupes ont accès à des partenaires clés travaillant dans les domaines de la SSR et du VIH. En outre, plusieurs articles présentant les revues de littérature et les revues systématiques menées pour les besoins du présent document (voir Annexe 4) et

5. Disponible à l'adresse : <http://apps.who.int/rhl/en/>

6. Veuillez voir la section « What's new ? » (Nouvelles) du site internet RHR/HRP, qui contient un lien permettant de s'abonner aux nouvelles HRP : <http://www.who.int/reproductivehealth/news/en/>

7. Pour de plus amples informations, voir : <http://www.ibpinitiative.org/>

8. Pour de plus amples informations, voir : <http://srhhivlinkages.org/>

présentant également les recommandations et les considérations clés de mise en œuvre seront publiés, conformément aux politiques OMS en matière de libre accès et de droits d'auteurs.

Dans le but d'accroître la diffusion des lignes directrices de l'OMS relatives à la SDRS, une fonction de recherche dans la base de données des lignes directrices et recommandations de l'OMS a récemment été créée et lancée par le Département RHR. Les recommandations des présentes lignes directrices seront mises à disposition via cette nouvelle fonction de recherche.⁹

7.2 Applicabilité

7.2.1 Effets escomptés des lignes directrices

La mise en œuvre efficace des recommandations et des déclarations de bonnes pratiques exposées dans le présent document nécessitera probablement une réorganisation des soins, ainsi qu'une redistribution des ressources destinées aux soins de santé, en particulier dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure. Les barrières potentielles à la mise en œuvre sont entre autres :

- le manque de ressources humaines disposant du savoir-faire et des compétences nécessaires pour mettre en œuvre, superviser et appuyer les pratiques recommandées, y compris le conseil du client ;
- le manque d'infrastructure pour soutenir l'intervention ;
- l'absence d'espace physique pour mener les activités de conseil individuelles ou en groupe ;
- le manque de ressources physiques, comme l'équipement, les kits de test, les fournitures, les médicaments et les suppléments nutritifs ;
- l'absence de mécanismes d'orientation efficaces et de services de SSR/VIH intégrés, ainsi que le manque de parcours de soins pour les femmes identifiées comme nécessitant des soins supplémentaires (pour la tuberculose ou le paludisme, par exemple) ;
- le manque de compréhension de la valeur des interventions nouvellement recommandées chez les prestataires de soins de santé et les responsables des systèmes de santé ;
- les lacunes au niveau des systèmes d'information pour la gestion sanitaire dont le but est de documenter et surveiller les pratiques recommandées (par exemple les cartes client et les registres).

Étant donné les obstacles potentiels mentionnés ci-dessus, une approche échelonnée pour l'adoption, l'adaptation et la mise en œuvre des recommandations de ces lignes directrices peut s'avérer judicieuse. La liste des considérations au chapitre 5, section 5.1, reprend plusieurs stratégies évoquées pour veiller à ce qu'une approche, centrée sur la femme, et les principes directeurs en matière de droits de l'homme et d'égalité des sexes qui sous-tendent les présentes lignes directrices soient effectivement appliqués, ainsi que les stratégies permettant de s'attaquer aux barrières mentionnées et de faciliter la mise en œuvre.

7.2.2 Suivi et évaluation de l'impact des lignes directrices

Il est vital que les systèmes de suivi et d'évaluation soient pratiques, relativement simples et recueillent des informations actuelles, utiles et pouvant être directement appliquées. La mise en œuvre et l'impact de ces recommandations feront l'objet d'un suivi au niveau des services de santé et aux niveaux régional et national, en fonction d'indicateurs et de critères clairement définis et associés à des cibles fixées localement et, lorsque c'est possible, avec la participation des femmes vivant avec le VIH.

L'OMS et les agences partenaires des Nations Unies ont élaboré des cadres pour le suivi des soins de santé et de la réponse du système de santé en matière de VIH et de SDRS dans la population générale et pour les personnes vivant avec le VIH. L'encadré 7.1 présente quelques exemples de ces cadres, qui s'accompagnent à chaque fois d'un ensemble d'indicateurs ou de mesures à l'échelle nationale. Pour certains, des indicateurs ou des mesures recommandés aux niveaux mondial, sous-national et communautaire sont également présentés. Ces indicateurs évaluent des facteurs clés liés à l'environnement favorable ; mesurent la disponibilité, la couverture et la qualité d'interventions spécifiques ; et examinent les résultats et les répercussions des interventions. En outre, le groupe de travail interinstitutions sur les liens entre la SSR et le VIH et plusieurs experts en suivi et en évaluation, y compris des représentants des pays, des donateurs, des agences des Nations Unies et de la société civile, ont entamé un processus de collaboration pour identifier et évaluer les indicateurs et outils existants et formuler des

9. Disponible à l'adresse : search.optimizemnh.org

recommandations afin de constituer un recueil d'indicateurs pouvant être utilisé pour mesurer l'intégration de la SSR et du VIH, ainsi que les liens aux niveaux des politiques, des systèmes, de la prestation de services et au niveau des produits, des résultats et de l'impact. Les résultats de ce processus ont été publiés dans le document de 2014 intitulé *SRH and HIV linkages compendium : indicators and related assessment tools (177)*. Dans la foulée, le SRHR and HIV Linkages Index a été mis sur pied, avec une publication prévue en 2017 ;¹⁰ cet Index propose le tout premier score composite pour la mesure des progrès nationaux vers l'établissement de liens entre la SDRS et le VIH dans 60 pays, à l'aide de 30 indicateurs. L'Index peut être utilisé dans le cadre du plaidoyer pour l'amélioration des liens entre la SDRS et le VIH, pour orienter la prise de décision dans le cadre de programmes ciblés et pour mesurer les progrès en ce qui concerne les liens entre la SDRS et le VIH. Ensemble, les indicateurs mesurent les progrès effectués par un pays pour intégrer la SDRS dans les soins du VIH ou établir des liens entre ces deux domaines, y compris pour les personnes vivant avec le VIH.

En collaboration avec les équipes de suivi et d'évaluation des Départements RHR et VIH de l'OMS, des données relatives à la mise en œuvre des recommandations aux niveaux national et régional seront recueillies afin d'évaluer leur impact à court et moyen terme sur les politiques nationales des différents États membres de l'OMS.

Encadré 7.1 : Sélection de cadres de suivi des soins de santé et de la réponse des systèmes de santé en matière de VIH et de SDRS

Vous trouverez les cadres ainsi que des informations supplémentaires, y compris les indicateurs et les mesures recommandés, dans les publications suivantes :

- *Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*, 2015 (178)
- *Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH dans le secteur de la santé*, 2015 (179)
- *Monitoring & evaluation framework for antiretroviral treatment for pregnant and breastfeeding women living with HIV and their infants (IATT Option B/B+ M&E Framework)*, 2015 (180)
- *A tool for strengthening gender-sensitive national HIV and sexual and reproductive health (SRH) monitoring and evaluation systems*, 2016 (181)
- *Ensuring human rights within contraceptive service delivery : implementation guide*, 2015 (30).

7.3 Actualisation des lignes directrices

Conformément au concept du GREAT Network (Guideline-driven, Research priorities, Evidence synthesis, Application of evidence, and Transfer of knowledge) de l'OMS, qui applique un processus systématique et continu pour identifier et combler les lacunes en matière de données probantes suite à la mise en œuvre des lignes directrices (182), les présentes directives seront actualisées cinq ans après leur publication, à moins que de nouvelles données significatives n'apparaissent et ne justifient une révision antérieure. Le Comité de pilotage de l'OMS continuera à suivre les développements de la recherche dans le domaine de la SDRS des femmes vivant avec le VIH – notamment compte tenu du fait qu'aucune donnée n'a pu être trouvée dans de nombreux domaines ou que les données étaient de qualité faible – dans le cas où de nouvelles recommandations ou un changement dans les recommandations publiées peuvent respectivement s'avérer nécessaires. Toute préoccupation concernant la validité d'une recommandation sera communiquée rapidement et des mesures seront prises afin de mettre à jour la recommandation le cas échéant.

Lorsque l'on s'approchera des cinq ans prévus pour la période de validité des lignes directrices, l'administrateur technique responsable (ou un autre membre désigné du personnel de l'OMS) se chargera d'évaluer la pertinence des recommandations et la nécessité de formuler de nouvelles orientations dans ce domaine, conjointement avec le Comité de pilotage de l'OMS. Cet objectif pourra être atteint en réalisant un exercice de cadrage parmi les personnes vivant avec le VIH, les experts techniques, les professionnels de santé et les chercheurs, afin d'identifier les domaines prioritaires ou controversés nécessitant des orientations supplémentaires fondées sur les données probantes.

Tous les produits techniques élaborés au cours du processus d'élaboration des présentes lignes directrices – y compris les rapports complets des revues systématiques, les stratégies de recherche correspondantes et les dates

10. Des informations seront bientôt disponibles à l'adresse : toolkit.srhivlinkages.org

auxquelles les recherches ont été réalisées – seront archivés dans le dossier partagé du département pour référence et en vue d'une utilisation future. Là où il y a des préoccupations concernant la validité d'une recommandation à la lumière de nouvelles données, la revue systématique traitant de la question primaire sera mise à jour. La stratégie de recherche utilisée pour la revue initiale sera appliquée pour la mise à jour de la revue, soit par la même équipe, soit par une autre équipe si l'équipe de la revue systématique initiale n'est plus disponible. Toute nouvelle question identifiée suite à l'exercice de cadrage au terme de la période de cinq ans passera par un processus similaire de recherche de preuves, de synthèse et de notation, conformément aux normes contenues dans le document OMS *WHO handbook for guideline development* (39).

Le processus d'élaboration des lignes directrices a permis d'identifier un nombre relativement important de lacunes au niveau des connaissances, qui sont mises en exergue au Chapitre 6 (Tableau 6.1). L'OMS a pour objectif de formuler de nouvelles orientations relatives à des sujets qui permettraient de promouvoir l'équité, dont la mise en œuvre serait faisable et qui contribueraient à améliorer la SDR des femmes vivant avec le VIH, afin que les recommandations appropriées puissent être incorporées à une future mise à jour du présent document.

Bibliographie

1. VIH/sida : quelques faits et chiffres Prévalence et nouvelles infections In : ONU Femmes [site web]. 2017 (<http://www.unwomen.org/fr/what-we-do/hiv-and-aids/facts-and-figures>, consulté le 3 février 2017).
2. Addressing violence against women and HIV/AIDS: what works? Geneva: World Health Organization, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2010 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44378/1/9789241599863_eng.pdf, accessed 3 March 2017).
3. Ensemble nous mettrons fin au sida : Genève : Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida ; 2012 (http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/JC2296_UNAIDS_TogetherReport_2012_fr.pdf, consulté le 3 mars 2017).
4. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment No. 22 (2016) on the Right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). New York (NY): United Nations Economic and Social Council; 2016 (E/C.12/GC/22; <https://www.escr-net.org/resources/general-comment-no-22-2016-right-sexual-and-reproductive-health>, accessed 6 March 2017).
5. Loutfy M, Khosla R, Narasimhan M. Advancing the sexual and reproductive health and human rights of women living with HIV. *J Int AIDS Soc.* 2015;18(Suppl 5):20760. doi:10.7448/IAS.18.6.20760.
6. World Health Organization (WHO), United Nations Population Fund. Sexual and reproductive health of women living with HIV/AIDS: guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings. Geneva: WHO; 2006 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/sexualreproductivehealth.pdf>, accessed 6 March 2017).
7. Lignes directrices unifiées relatives à l'utilisation de médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH : recommandations pour une approche de santé publique, deuxième édition (en français : Notes d'orientation uniquement). Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (Note d'orientation en français : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206448/1/9789241509893_fre.pdf?ua=1. Anglais : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf, accessed 6 March 2017).
8. Bras M, Narasimhan M, Loutfy M, Khosla R (editors). Sexual and reproductive health and human rights of women living with HIV. *J Int AIDS Soc.* 2015;18(Suppl 5) (<http://www.jiasociety.org/index.php/jias/article/view/20834/pdf>, accessed 6 March 2017).
9. GRADE [website]. The GRADE Working Group; 2016 (<http://gradeworkinggroup.org/>, accessed 6 March 2017).
10. La prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés. Lignes directrices unifiées – version de 2016. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246217/1/9789290312222-fre.pdf?ua=1>, consulté le 3 mars 2017).
11. Consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/>, accessed 6 March 2017).
12. Carter AJ, Bourgeois S, O'Brien N, Abelsohn K, Tharao W, Greene S et al.; CHIWOS Research Team. Women-specific HIV/AIDS services: identifying and defining the components of holistic service delivery for women living with HIV/AIDS. *J Int AIDS Soc.* 2013;16:17433. doi:10.7448/IAS.16.1.17433.
13. Dilmitis S, Edwards O, Hull B, Margolese S, Mason N, Namiba A et al. Language, identity and HIV: why do we keep talking about the responsible and responsive use of language? *Language matters. J Int AIDS Soc.* 2012;15(Suppl 2):17990. doi:10.7448/IAS.15.4.17990.
14. Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Nations Unies, Recueil des Traités. Nations Unies Assemblée générale ; 1966 ; 993:3 (<http://www.refworld.org/docid/3ae6b36c0.html>, consulté le 20 février 2017).

15. Recommandations générales adoptées par le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes relatives à la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW). New-York (NY) : Nations Unies ; 2000–2009 (<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-fr.htm>, consulté le 2 mars 2017).
16. La Déclaration universelle des droits de l'Homme. New-York (NY) : Assemblée générale des Nations Unies ; 1948 (<http://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/>, consulté le 20 février 2017).
17. Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement. In : Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 5–13 septembre 1994). Réseau d'informations des Nations Unies sur la population (POPIN), Division de la population, Département des affaires économiques et sociales ; 1994 (A/CONF.171/13 ; <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offre/conf13.fr.html>, consulté le 4 janvier 2017).
18. Objectifs de développement durable. In : United Nations Sustainable Development Knowledge Platform [website]. New York (NY) : United Nations Department of Economic and Social Affairs ; 2016 (<https://sustainabledevelopment.un.org/sdgs>, accessed 5 January 2017).
19. La Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) : Survivre, s'épanouir, transformer. New-York (NY) : Chaque femme chaque enfant ; 2015 (http://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2017/10/EWEC_GSUpdate_Brochure_FR_2017_web.pdf GSUpdate_Brochure_FR_2017_web.pdf, consulté le 6 mars 2017).
20. Khosla R, Van Belle N, Temmerman M. Advancing the sexual and reproductive health and human rights of women living with HIV: a review of UN, regional and national human rights norms and standards. *J Int AIDS Soc.* 2015; 18(Suppl 5):20280. doi:10.7448/IAS.18.6.20280.
21. Kumar S, Gruskin S, Khosla R, Narasimhan M. Human rights and the sexual and reproductive health of women living with HIV – a literature review. *J Int AIDS Soc.* 2015;18(Suppl 5):20290. doi:10.7448/IAS.18.6.20290.
22. Framework for ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/133327/1/9789241507745_eng.pdf, accessed 6 March 2017).
23. Sexual health, human rights and the law. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/175556/1/9789241564984_eng.pdf, accessed 6 March 2017).
24. Temmerman M, Khosla R, Say L. Sexual and reproductive health and rights: a global development, health, and human rights priority. *Lancet.* 2014; 384(9941):e30–e31. doi:10.1016/S0140-6736(14)61190-9.
25. Communication brève relative à la sexualité (CBS) Recommandations pour une approche de santé publique. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204278/1/9789242549003_fre.pdf?ua=1, consulté le 6 mars 2017). 6 March 2017).
26. La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins : Déclaration de l'OMS. Genève ; Organisation mondiale de la Santé ; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134589/1/WHO_RHR_14.23_fre.pdf?ua=1&ua=1&ua=1, consulté le 6 mars 2017).
27. Reproductive, maternal, newborn and child health and human rights: a toolbox for examining laws, regulations and policies. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/126383/1/9789241507424_eng.pdf, accessed 6 March 2017).
28. Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization: an interagency statement, OHCHR, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF and WHO. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112848/1/9789241507325_eng.pdf, accessed 6 March 2017).
29. Garantir les droits de l'homme lors de la fourniture d'informations et de services en matière de contraception. Orientations et recommandations. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/126317/1/9789242506747_fre.pdf?ua=1&ua=1, consulté le 6 mars 2017).

30. World Health Organization (WHO). Ensuring human rights within contraceptive service delivery: implementation guide. Geneva: United Nations Population Fund (UNFPA) and WHO; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/158866/1/9789241549103_eng.pdf, accessed 6 March 2017).
31. Ensuring human rights within contraceptive programmes: a human rights analysis of existing quantitative indicators. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/126799/1/9789241507493_eng.pdf, accessed 6 March 2017).
32. Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé. 2ème édition Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78413/1/9789242548433_fre.pdf?ua=1, consulté le 6 mars 2017).
33. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems: legal and policy considerations. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/173586/1/WHO_RHR_15.04_eng.pdf, accessed 6 March 2017).
34. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR), Harvard FXB Center for Health and Human Rights, the Partnership for Maternal, Newborn and Child Health (PMNCH), the United Nations Population Fund (UNFPA), World Health Organization (WHO). Summary reflection guide on a human rights-based approach to health: application to sexual and reproductive health, maternal health and under-5 child health: health workers. United Nations; 2016 (http://hrbaportal.org/wp-content/files/RGuide_HealthWorkers_WEB.pdf, accessed 6 March 2017).
35. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR), Harvard FXB Center for Health and Human Rights, the Partnership for Maternal, Newborn and Child Health (PMNCH), the United Nations Population Fund (UNFPA), World Health Organization (WHO). Summary reflection guide on a human rights-based approach to health: application to sexual and reproductive health, maternal health and under-5 child health: health policy makers. United Nations; 2015 (http://hrbaportal.org/wp-content/files/RGuide_HealthPolicyMakers.pdf, accessed 6 March 2017).
36. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR), Harvard FXB Center for Health and Human Rights, the Partnership for Maternal, Newborn and Child Health (PMNCH), the United Nations Population Fund (UNFPA), World Health Organization (WHO). Summary reflection guide on a human rights-based approach to health: application to sexual and reproductive health, maternal health and under-5 child health: national human rights institutions. United Nations; 2015 (http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/Health/RGuide_NHRInsts.pdf, accessed 6 March 2017).
37. Orza L, Welbourn A, Bewley S, Crone ET, Vazquez M; Salamander Trust. Building a safe house on firm ground: key findings from a global values and preferences survey regarding the sexual and reproductive health and human rights of women living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://salamandertrust.net/wp-content/uploads/2016/09/BuildingASafeHouseOnFirmGroundFINALreport190115.pdf>, accessed 6 March 2017).
38. Narasimhan M, Orza L, Welbourn A, Bewley S, Crone T, Vazquez M. Sexual and reproductive health and human rights of women living with HIV: a global community survey. *Bull World Health Organ.* 2016; 94(4):243–9. doi:10.2471/BLT.14.150912.
39. WHO handbook for guideline development. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/145714/1/9789241548960_eng.pdf, accessed 6 March 2017).
40. Namiba A, Orza L, Bewley S, Crone ET, Vazquez M, Welbourn A. Ethical, strategic and meaningful involvement of women living with HIV starts at the beginning. *J Virus Erad.* 2016; 2(2):110–1. PMID:PMC4965241.
41. Atkins D, Best D, Briss PA, Eccles M, Falck-Ytter Y, Flottorp S et al.; GRADE Working Group. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ.* 2004; 328(7454):1490. doi:10.1136/bmj.328.7454.1490.
42. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, Schünemann HJ; GRADE Working Group. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ.* 2008; 336(7650):924–6. doi:10.1136/bmj.39489.470347.AD.

43. Andrews JC, Schünemann HJ, Oxman AD, Pottie K, Meerpohl JJ, Coello PA et al. GRADE guidelines: 15. Going from evidence to recommendation—determinants of a recommendation’s direction and strength. *J Clin Epidemiol.* 2013; 66(7):726–35. doi:10.1016/j.jclinepi.2013.02.003.
44. Balshem H, Helfand M, Schünemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol.* 2011; 64(4):401–6. doi:10.1016/j.jclinepi.2010.07.015.
45. Schünemann H, Brozek J, Guyatt G, Oxman A. GRADE handbook: handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach. Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE) Working Group; 2013 (<http://gdt.guidelinedevelopment.org/app/handbook/handbook.html>, accessed 31 January 2017).
46. The WHO Health Systems Framework. In: Health services development [website]. Manila: World Health Organization Western Pacific Region; 2017 (http://www.wpro.who.int/health_services/health_systems_framework/en/, accessed 6 March 2017).
47. Everybody’s business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO’s framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007 (http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf, accessed 4 January 2017).
48. Larson HJ, Bertozzi S, Piot P. Redesigning the AIDS response for long-term impact. *Bull World Health Organ.* 2011 ;89(11) :846–52. doi :10.2471/BLT.11.087114.
49. Lowther K, Harding R, Ahmed A, Gikaara N, Ali Z, Kariuki H et al. Conducting experimental research in marginalised populations: clinical and methodological implications from a mixed-methods randomised controlled trial in Kenya. *AIDS Care.* 2016; 28(Suppl 1):60–3. doi:10.1080/09540121.2016.1146214.
50. Niu L, Luo D, Liu Y, Silenzio VM, Xiao S. The mental health of people living with HIV in China, 1998–2014: a systematic review. *PLoS One.* 2016; 11(4):e0153489. doi:10.1371/journal.pone.0153489.
51. Vo QT, Hoffman S, Nash D, El-Sadr WM, Tymejczyk OA, Gadisa T et al. Gender differences and psychosocial factors associated with quality of life among ART initiators in Oromia, Ethiopia. *AIDS Behav.* 2016; 20:1682. doi:10.1007/s10461-016-1396-8.
52. Orza L, Bewley S, Logie CH, Crone ET, Moroz S, Strachan S, et al. How does living with HIV impact on women’s mental health? Voices from a global survey. *J Int AIDS Soc.* 2015; 18(Suppl 5):20289. doi:10.7448/IAS.18.6.20289.
53. Psychosocial support. In: HIV/AIDS topics [website]. Geneva: World Health Organization; undated (<http://www.who.int/hiv/topics/psychosocial/support/en/>, accessed 4 January 2017).
54. Malarly M, Khani S, Pourasghar M, Moosazadeh M, Hamzehgardeshi Z. Biopsychosocial determinants of hypoactive sexual desire in women: a narrative review. *Mater Sociomed.* 2015; 27(6):383–9. doi:10.5455/msm.2015.27.383-389.
55. EngenderHealth, GNP+, ICW, IPPF, UNAIDS, Young Positives. Advancing the sexual and reproductive health and human rights of people living with HIV : a guidance package. Amsterdam : The Global Network of People Living with HIV/AIDS (GNP+) ; 2009 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/guidance_package.pdf, accessed 6 March 2017).
56. Paudel V, Baral KP. Women living with HIV/AIDS (WLHA), battling stigma, discrimination and denial and the role of support groups as a coping strategy: a review of literature. *Reprod Health.* 2015; 12 :53. doi:10.1186/s12978-015-0032-9.
57. Beres LK, Narasimhan M, Robinson JL, Welbourn A, Kennedy CE. Non-specialist psychosocial support interventions with women living with HIV: a systematic review. *AIDS Care.* 2017 (under review).
58. Recommandations de l’OMS. Optimisation des rôles du personnel de santé par la délégation des tâches pour améliorer l’accès aux interventions de santé maternelle et néonatale. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84202/1/9789242504842_fre.pdf?ua=1, consulté le 6 mars 2017).

59. Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89969/1/9789242506020_fre.pdf?ua=1, consulté le 6 mars 2017).
60. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2002 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42545/1/9242545619_fre.pdf, consulté le 6 mars 2017).
61. Chandra-Mouli V, Armstrong A, Amin A, Ferguson J. A pressing need to respond to the needs and sexual and reproductive health problems of adolescent girls living with HIV in low- and middle-income countries. *J Int AIDS Soc.* 2015; 18(Suppl 5):20297. doi:10.7448/IAS.18.6.20297.
62. Svanemyr J, Amin A, Robles OJ, Greene ME. Creating an enabling environment for adolescent sexual and reproductive health: a framework and promising approaches. *J Adolesc Health.* 2015; 56(1 Suppl): S7–14. doi:10.1016/j.jadohealth.2014.09.011.
63. Klein JD, Wilson KM, McNulty M, Kappahn C, Collins KS. Access to medical care for adolescents: results from the 1997 Commonwealth Fund Survey of the Health of Adolescent Girls. *J Adolesc Health.* 1999; 25(2):120–30.
64. HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94334/1/9789241506168_eng.pdf, accessed 6 March 2017).
65. Stratégie pour accélérer les progrès en santé reproductive en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux. Stratégie ayant trait à la santé reproductive adoptée lors de la Cinquante-septième Assemblée mondiale de la Santé. Genève ; Organisation mondiale de la Santé ; 2004 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/68869/1/WHO_RHR_04.8_fre.pdf, consulté 6 March 2017).
66. Additional sources of support. In: Adolescent HIV testing, counselling and care: implementation guidance for health providers and planners [website]. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/adolescent/hiv-testing-treatment/page/Additional_sources_of_support, accessed 6 March 2017).
67. Adolescent HIV testing, counselling and care: implementation guidance for health providers and planners [online interactive tool]. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://apps.who.int/adolescent/hiv-testing-treatment/>, accessed 6 March 2017).
68. Prévenir les grossesses précoces et leurs conséquences en matière de santé reproductive chez les adolescentes dans les pays en développement. Directives de l'OMS. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2011 (en français : note d'orientation uniquement ; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75466/1/WHO_FWC_MCA_12.02_fre.pdf?ua=1. Anglais : http://www.who.int/immunization/hpv/target/preventing_early_pregnancy_and_poor_reproductive_outcomes_who_2006.pdf, accessed 6 March 2017).
69. Narasimhan M, Payne C, Caldas S, Beard JR, Kennedy CE. Ageing and healthy sexuality among women living with HIV. *Reprod Health Matters.* 2016; 24(48):43–51. doi:10.1016/j.rhm.2016.11.001.
70. Chop E, Duggaraju A, Flignor A, Burke V, Caldas S, Yeh PT et al. Food insecurity, sexual risk behaviour and adherence to antiretroviral therapy among women living with HIV: a systematic review. *Health Care Women Int.* 2017 (under review).
71. HIV and social protection: guidance note. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS); 2014 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2014unaidsguidancenote_HIVandsocialprotection_en.pdf, accessed 6 March 2017).
72. Session thématique : Relier dans la pratique les services de santé sexuelle et reproductive (SSR) avec les interventions en matière de VIH. Note d'information. 26ème réunion du Conseil de Coordination du Programme, 22–24 juin. Genève : Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida ; 2010 (http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/informationnote/2010/20100618_thematic_segment_background_fr.pdf, consulté le 6 mars 2017).

73. Outil d'évaluation rapide des liens établis entre la santé sexuelle et de la reproduction et le VIH. Guide générique. Londres : Fédération internationale pour la Planification familiale, Fonds des Nations Unies pour la Population, Organisation mondiale de la Santé, Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida, Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH (GNP+), Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/SIDA (ICW), Young Positives ; 2009 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95797/1/91825_fre.pdf, consulté le 6 mars 2017).
74. Prévention du VIH et des grossesses non désirées Cadre stratégique 2011-2015. L'Équipe de travail inter-institutions sur la prévention et le traitement de l'infection à VIH chez les femmes enceintes, les mères et leurs enfants ; 2012 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PMTCT_prong%2012%20framework_FR_final_web.pdf, consulté le 6 mars 2017).
75. Haberlen S, Narasimhan M, Beres LK, Kennedy CE. Integration of family planning services into HIV care and treatment services: a systematic review. *Stud Family Plann*. 2017. doi:10.1111/sifp.12018.
76. Kennedy CE, Haberlen SA, Narasimhan M. Integration of sexually transmitted infection (STI) services into HIV care and treatment services for women living with HIV: a systematic review. *BMJ Open*. 2017 (in press).
77. Matheson R, Moses-Burton S, Hsieh AC, Dilmitis S, Happy M, Sinyemu E et al. Fundamental concerns of women living with HIV around the implementation of Option B+. *J Int AIDS Soc*. 2015; 18(Suppl 5): 20286. doi:10.7448/IAS.18.6.20286.
78. HIV and young people who inject drugs: technical brief. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179865/1/WHO_HIV_2015.10_eng.pdf, accessed 6 March 2017).
79. Thorne C, Semenenko I, Malyuta R. Prevention of mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus among pregnant women using injecting drugs in Ukraine, 2000–10. *Addiction*. 2012 ; 107:118–28.
80. Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant. Adoptée et ouverte à la signature, ratification et adhésion par l'Assemblée générale dans sa résolution 44/25 du 20 novembre 1989 Entrée en vigueur le 2 septembre 1990, conformément à l'article 49 New-York (NY) : Nations Unies ; 1989 (A/Res/44/25 ; www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx, consulté le 6 mars 2017).
81. Lutter contre la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle à l'encontre des femmes : recommandations cliniques et politiques. Genève ; Organisation mondiale de la Santé ; 2013 (En français : note d'orientation uniquement. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/88186/1/WHO_RHR_13.10_fre.pdf?ua=1 Anglais : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf, accessed 6 March 2017).
82. Orza L, Bewley S, Chung C, Crone ET, Nagadya H, Vazquez M et al. "Violence. Enough already": findings from a global participatory survey among women living with HIV. *J Int AIDS Soc*. 2015; 18(Suppl 5):20285. doi:10.7448/IAS.18.6.20285.
83. Deering KN, Amin A, Shoveller J, Nesbitt A, García-Moreno C, Duff P et al. A systematic review of the correlates of violence against sex workers. *Am J Public Health*. 2014; 104(5):e42–54. doi:10.2105/AJPH.2014.301909.
84. 16 ideas for addressing violence against women in the context of HIV epidemic: a programming tool. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95156/1/9789241506533_eng.pdf, accessed 6 March 2017).
85. Organisation mondiale de la Santé (OMS), Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (UNODC). Renforcement de la réponse médico légale en cas de violence sexuelle. Genève : OMS ; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/207473/1/WHO_RHR_15.24_fre.pdf?ua=1, consulté le 6 mars 2017).
86. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2003 (En français : disponible sur commande. Anglais : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42788/1/924154628X.pdf>, accessed 6 March 2017).
87. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non- specialized health settings, version 2.0. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250239/1/9789241549790-eng.pdf>, accessed 6 March 2017).

88. Sprague L, Voinova J, Ankiersztejn-Bartczak M, Chilcevschii I, Karatas S, Polyantsev P, Hows J. HIV- related stigma: late testing, late treatment: a cross analysis of findings from the People Living with HIV Stigma Index in Estonia, Moldova, Poland, Turkey, and Ukraine. Copenhagen: HIV in Europe; 2011 (<http://www.stigmaindex.org/sites/default/files/reports/Late%20Testing%20Late%20%20Treatment.pdf>, accessed 6 March 2017).
89. Stangl AL, Lloyd JK, Brady LM, Hollan CE, Baral S. A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: have far have we come ? J Int AIDS Soc. 2013; 16(3 Suppl 2):18734. doi:10.7448/IAS.16.3.18734.
90. Organisation mondiale de la Santé (OMS), Fonds des Nations Unies pour la Population, Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida, Réseau mondial des projets sur le travail du sexe, Banque mondiale. Mettre en œuvre des programmes complets de VIH/IST auprès des travailleuses du sexe : approches pratiques tirées d'interventions collaboratives. Genève : OMS ; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/176015/1/9789242506181_fre.pdf?ua=1&ua=1, consulté le 6 mars 2017).
91. Katz IT, Ryu AE, Onuegbu AG, Psaros C, Weiser SD, Bangsberg DR et al. Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. J Int AIDS Soc. 2013; 16(3 Suppl 2): 18640. doi:10.7448/IAS.16.3.18640.
92. Directives conjointes OMS/OIT/ONUSIDA sur l'amélioration de l'accès des personnels de santé aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien pour le VIH et la tuberculose. Genève ; Organisation mondiale de la Santé ; 2010 (En français : note d'orientation uniquement. http://www.who.int/occupational_health/note_d'orientation.pdf?ua=1. Anglais : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44467/1/9789241500692_eng.pdf, accessed 6 March 2017).
93. Orientations opérationnelles de l'UNFPA pour l'éducation complète à la sexualité : une approche axée sur les droits de l'homme et l'égalité des genres. New-York (NY) : Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) ; 2014 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_OperationalGuidance_FR%20-Website_0.pdf, consulté le 31 janvier 2017).
94. Prévention et traitement du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les travailleuses du sexe dans les pays à revenu faible ou intermédiaire Recommandations pour une approche de santé publique. Genève ; Organisation mondiale de la Santé ; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85330/1/9789242504743_fre.pdf?ua=1, consulté le 6 mars 2017).
95. Programmes clés visant à réduire la stigmatisation et la discrimination et à renforcer l'accès à la justice dans les ripostes nationales au VIH : guidance note. Genève ; Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida ;2012 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2339_KeyHumanRightsProgrammes_fr.pdf, consulté le 6 mars 2017).
96. Rapport mondial : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2013. Genève ; Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida ;2013 (http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_fr.pdf, consulté le 6 mars 2017).
97. Criminalisation of HIV non-disclosure, exposure and transmission: background and current landscape: prepared as background for the Expert Meeting on the Science and Law of Criminalisation of HIV Non-Disclosure, Exposure and Transmission, Geneva, Switzerland, 31 August – 2 September 2011. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2012 (http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/BackgroundCurrentLandscapeCriminalisationHIV_Final.pdf, accessed 2 March 2017).
98. Observation générale n° 20 : la non-discrimination dans l'exercice des droits économiques, sociaux et culturels (art. 2, par. 2 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels). New-York (NY) : Comité des droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU ; 2009 (E/C.12/GC/20).
99. Réponses aux professionnels du sexe, aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et aux personnes transgenres dans le cadre de l'épidémie du VIH – Note d'information. Genève : Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ; 2014 (<http://www.theglobalfund.org/en/applying/funding/resources/>, consulté le 6 mars 2017).

100. Integrating gender into HIV/AIDS programmes in the health sector : tool to improve responsiveness to women's needs. Geneva: World Health Organization; 2009 (http://www.who.int/gender/documents/gender_hiv_guidelines_en.pdf, accessed 4 January 2017).
101. Forsyth AD, Carey MP. Measuring self-efficacy in the context of HIV risk reduction: research challenges and recommendations. *Health Psychol.* 1998; 17(6):559–68.
102. Overview: what is empowerment? In: PovertyNet [website]. Washington (DC): World Bank; 2016 (<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPOVERTY/EXTEMPOWERMENT/0,,contentMDK:20244572~pagePK:210058~piPK:210062~theSitePK:486411,00.html>, accessed 6 March 2017).
103. Robinson JL, Narasimhan M, Amin A, Mrse S, Beres LK, Yeh PT, Kennedy CE. Interventions to address unequal gender and power relations and improve self-efficacy and empowerment around sexual and reproductive health decision-making for women living with HIV: a systematic review. *PLoS One.* 2017 (under review).
104. Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées : Programme d'action Comblent les lacunes en santé mentale (mhGAP). Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2010 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204278/1/9789242549003_fre.pdf?ua=1, consulté le 6 février 2017).
105. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107130/1/9789241548731_eng.pdf, 6 March 2017).
106. Guidance on couples HIV testing and counselling including antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44646/1/9789241501972_eng.pdf, accessed 6 March 2017).
107. Guideline on HIV disclosure counselling for children up to 12 years of age. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44777/1/9789241502863_eng.pdf, accessed 6 March 2017).
108. Maman S, Medley A. Gender dimensions of HIV status disclosure to sexual partners: rates barriers and outcomes: a review paper. Geneva: World Health Organization; 2003 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42717/1/9241590734.pdf>, accessed 4 January 2017).
109. Smith R, Rossetto K, Peterson BL. A meta-analysis of disclosure of one's HIV-positive status, stigma and social support. *AIDS Care.* 2008; 20(10):1266–75. doi:10.1080/09540120801926977.
110. Medley A, García-Moreno C, McGill S, Maman S. Rates, barriers and outcomes of HIV serostatus disclosure among women in developing countries: implications for prevention of mother-to-child transmission programmes. *Bull World Health Organ.* 2004; 82(4):299–307. PMID:PMC2585956.
111. Kennedy CE, Haberlen S, Amin A, Baggaley R, Narasimhan M. Safer disclosure of HIV serostatus for women living with HIV who experience or fear violence: a systematic review. *J Int AIDS Soc.* 2015; 18(6 Suppl 5):20292. doi:10.7448/IAS.18.6.20292.
112. Colombini M, James C, Ndwiga C, Mayhew SH. The risks of partner violence following HIV status disclosure, and health service responses: narratives of women attending reproductive health services in Kenya. *J Int AIDS Soc.* 2016; 19(1):20766. doi:10.7448/IAS.19.1.20766.
113. Timberlake S, Heywood M. L'épidémie de VIH/SIDA : en parler ouvertement. Principes directeurs pour la divulgation à des fins bénéfiques, le conseil au partenaire dans le respect de l'éthique, et l'emploi approprié de la déclaration des cas d'infection à VIH. Genève : Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) ; 2000 (http://data.unaids.org/publications/irc-pub05/jc488-openup_fr.pdf, consulté le 6 mars 2017).
114. Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes : prévalence et conséquences sur la santé de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2013 (En français : résumé d'orientation uniquement : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85242/1/WHO_RHR_HRP_13.06_fre.pdf?ua=1. En anglais : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf, accessed 6 March 2017).

115. Guidance on oral pre-exposure prophylaxis (PrEP) for serodiscordant couples, men and transgender women who have sex with men at high risk of HIV: recommendations for use in the context of demonstration projects. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://www.who.int/hiv/pub/guidance_prep/en/, accessed 5 January 2017).
116. Choix en matière de procréation et services de planification familiale pour les personnes vivant avec le VIH. Outil de conseil. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44170/1/9789242595130_fre.pdf?ua=1, consulté le 6 mars 2017).
117. Heffron R, Davies N, Cooke I, Kaida A, Mergler R, van der Poel S et al. A discussion of key values to inform the design and delivery of services for HIV-affected women and couples attempting pregnancy in resource-constrained settings. *J Int AIDS Soc.* 2015; 18(Suppl 5):20272. doi:10.7448/IAS.18.6.20272.
118. Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. Cinquième édition. Genève ; Organisation mondiale de la Santé ; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249591/1/9789242549157_fre.pdf?ua=1, consulté le 6 mars 2017).
119. Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives. 3ème édition. Genève ; Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/SPR-3/fr/, consulté le 5 janvier 2017).
120. UNFPA, WHO and UNAIDS : UNFPA, OMS et ONUSIDA : Déclaration de position sur les préservatifs et la prévention du VIH, des autres infections sexuellement transmissibles et des grossesses non désirées. In : Centre de presse de l'ONUSIDA [site web]. Genève : Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) ; 2015 (http://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/featurestories/2015/july/20150702_condoms_prevention, consulté le 5 janvier 2017).
121. Male latex condom: specification, prequalification and guidelines for procurement, 2010. World Health Organization, United Nations Population Fund, Family Health International; 2010, updated April 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44383/1/9789241599900_eng.pdf, accessed 6 March 2017).
122. ISO 4074 :2014 Préservatifs masculins en latex de caoutchouc naturel – Exigences et méthodes d'essai. In : Normes ISO [site web]. Genève ; Organisation internationale de normalisation ; 2014 (<https://www.iso.org/fr/standard/59718.html>, consulté le 6 mars 2017).
123. Disque pour le choix des méthodes contraceptives selon les critères de recevabilité médicale. Mise à jour 2015. Genève ; Organisation mondiale de la Santé ; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249516/1/9789242549256_fre.pdf?ua=1, consulté le 6 mars 2017).
124. Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne. Genève ; Organisation mondiale de la Santé ; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161443/1/WHO_RHR_15.02_fre.pdf?ua=1, consulté le 6 mars 2017).
125. Kennedy CE, Yeh PT, Pandey S, Betrán AP, Narasimhan M. Elective caesarean section for women living with HIV: a systematic review of risks and benefits. *AIDS Care* (under review).
126. Bowser D, Hill K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis. USAID-TRAction Project. Boston (MA) and Bethesda (MD): Harvard School of Public Health and University Research Co., LLC; 2010 (<http://www.urc-chs.com/resources/exploring-evidence-disrespect-and-abuse-facility-based-childbirth>, accessed 6 March 2017).
127. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice – third edition. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249580/1/9789241549356-eng.pdf>, accessed 3 March 2017).
128. WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186171/1/9789241549363_eng.pdf, accessed 6 March 2017).
129. Recommandations de l'OMS pour la prévention et le traitement de l'hémorragie du post-partum. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/141487/1/9789242548501_fre.pdf?ua=1, consulté le 28 février 2017).

130. Guideline: updates on HIV and infant feeding: the duration of breastfeeding, and support from health services to improve feeding practices among mothers living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246260/1/9789241549707-eng.pdf>, accessed 6 March 2017).
131. WHO recommendations for augmentation of labour. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf, accessed 6 March 2017).
132. Orientations mondiales relatives aux critères et aux procédures de validation : Élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/177834/9789242505887_fre.pdf, consulté le 6 mars 2017).
133. Impliquer les hommes dans la prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Genève ; Organisation mondiale de la Santé ; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77727/1/9789242503678_fre.pdf?ua=1, consulté le 6 mars 2017).
134. Toolkit: expanding and simplifying treatment for pregnant women living with HIV: managing the transition to Option B/B+. Interagency Task Team on the Prevention and Treatment of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers and Children (IATT), United Nations Children's Fund, World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/hiv/pub/mctc/iatt_optionBplus_toolkit/en/, accessed 6 March 2017).
135. Clinical practice handbook for safe abortion. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97415/1/9789241548717_eng.pdf, accessed 6 March 2017).
136. Rôles des agents de santé dans la dispensation des soins liés à l'avortement sécurisé et de la contraception post-avortement. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204495/1/9789242549263_fre.pdf?ua=1, consulté le 6 mars 2017).
137. Manski R, Dennis A, Blanchard K, Lince N, Grossman D. Bolstering the evidence base for integrating abortion and HIV care: a literature review. *AIDS Res Treat.* 2012 :802389. doi :10.1155/2012/802389.
138. Saleem H, Kennedy CE, Ganatra B, Narasimhan M. Medical and surgical abortion for women living with HIV: a systematic review. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 (in press).
139. Guide pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles. Genève ; Organisation mondiale de la Santé ; 2003 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43187/1/9242546267_fre.pdf?ua=1, consulté le 6 mars 2017).
140. Infections sexuellement transmissibles et autres infections de l'appareil reproducteur. Guide de pratiques essentielles. Genève ; Organisation mondiale de la Santé ; 2005 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43327/1/924259265X.pdf>, consulté le 6 mars 2017).
141. WHO guidelines for the treatment of *Chlamydia trachomatis*. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246165/1/9789241549714-eng.pdf>, accessed 6 March 2017).
142. WHO guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249572/1/9789241549806-eng.pdf>, accessed 6 March 2017).
143. WHO guidelines for the treatment of *Neisseria gonorrhoeae*. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246114/1/9789241549691-eng.pdf>, accessed 6 March 2017).
144. WHO guidelines for the treatment of genital herpes simplex virus. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250693/1/9789241549875-eng.pdf>, accessed 6 March 2017).
145. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Vaccins contre le papillomavirus humain : note de synthèse de l'OMS, octobre 2014. *Relevé épidémiologique hebdomadaire.* 2014 ; 89(43) :465–92 (<http://www.who.int/wer/2014/wer8943.pdf>, consulté le 27 février 2017).
146. La lutte contre le cancer du col de l'utérus. Guide des pratiques essentielles. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2014 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254713/1/9789242548952-fre.pdf?ua=1>, consulté le 6 mars 2017).
147. Rao Gupta G, Whelan D, Allendorf K; International Center for Research on Women (ICRW). Integrating gender into HIV/AIDS programmes: a review paper. Geneva: World Health Organization; 2003 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42599/1/9241590394.pdf>, accessed 6 March 2017).

148. Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne. Rapport du Secrétariat. Soixante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-fr.pdf, consulté le 6 mars 2017).
149. HIV, universal health coverage and the post-2015 development agenda: a discussion paper. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128120/1/9789241507530_eng.pdf, accessed 27 February 2017).
150. WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report. Geneva: World Health Organization; 2015 (WHO/HIS/SDS/2015.6; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155002/1/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf, accessed 6 March 2017).
151. La santé sexuelle et reproductive et le VIH/SIDA. Un cadre de liens prioritaires. Genève et New-York (NY) : Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour la Population, Fédération internationale pour la Planification familiale, Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida ; 2005 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69852/1/WHO_HIV_2005.05_fre.pdf, consulté le 6 mars 2017).
152. Integrated EMTCT commodities framework. Interagency Task Team on the Prevention and Treatment of HIV infection in Pregnant Women, Mothers and Children (IATT); 2017 (under review).
153. Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186275/1/9789241509565_eng.pdf, accessed 6 March 2017).
154. SRH & HIV linkages resource pack. Inter-Agency Working Group on SRH and HIV Linkages; 2012 (<http://srhhivlinkages.org/>, accessed 6 March 2017).
155. Integrating HIV voluntary counselling and testing services into reproductive health settings: stepwise guidelines for programme planners, managers and services providers. New Delhi and New York (NY): International Planned Parenthood Federation (IPPF) South Asia Regional Office, United Nations Population Fund (UNFPA); 2004 (http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/integrating_hiv.pdf, accessed 6 March 2017).
156. La distribution communautaire de contraceptifs. Guide à l'intention des administrateurs de programmes. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 1995 (En français : disponible sur commande. Anglais : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41694/1/9241544759_eng.pdf, accessed 6 March 2017).
157. Framework on integrated people-centred health services: an overview. World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/fullframe.pdf>, accessed 5 January 2017).
158. Observation générale no 4 : La santé et le développement de l'adolescent dans le contexte de la Convention relative aux droits de l'enfant. New-York (NY) : Comité des droits de l'enfant des Nations Unies ; 2003 (CRC/ GC/2003/4).
159. Lois et pratiques discriminatoires et actes de violence dont sont victimes des personnes en raison de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre. Rapport de la Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme. New-York (NY) : Assemblée générale des Nations Unies ; 2011.
160. HIV and young transgender people: a technical brief. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179866/1/WHO_HIV_2015.9_eng.pdf, accessed 6 March 2017).
161. Schneiders M. Values and preferences of transgender people: a qualitative study. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128119/1/WHO_HIV_2014.21_eng.pdf, accessed 4 January 2017).
162. Baral SD, Poteat T, Strömdahl S, Wirtz AL, Guadamuz TE, Beyrer C. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis.* 2013; 13:214–22. doi:10.1016/S1473-3099(12)70315-8.
163. Feinberg L. Trans health crisis: for us it's life or death. *Am J Pub Health.* 2001; 91(6):897–900.
164. Nemoto T, Operario D, Keatley J. Health and social services for male-to-female transgender persons of color in San Francisco. *Int J Transgenderism.* 2005; 8(2–3):5–19.

165. Garofalo R, Deleon J, Osmer E, Doll M, Harper GW. Overlooked, misunderstood and at-risk: exploring the lives and HIV risk of ethnic minority male-to-female transgender adolescents. *J Adolesc Health*. 2006; 38:230–6.
166. Van Devanter N, Duncan A, Raveis VH, Birnbaum J, Burrell-Piggott T, Siegel K. Continued sexual risk behavior in African American and Latino male-to-female transgender adolescents living with HIV/AIDS: a case study. *J AIDS Clin Res*. 2011; (0):002 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3478681>, accessed 6 March 2017).
167. Policy brief: Self-stigma among young men who have sex with men and transgender women and the linkages with HIV in Asia. Bangkok: Youth Voices Count; 2013.
168. Herbst JH, Jacobs ED, Finlayson TJ, McKleroy VS, Neumann MS, Crepaz N. Estimating HIV prevalence and risk behaviors of transgender persons in the United States: a systematic review. *AIDS Behav*. 2008; 12(1):1–17. doi:10.1007/s10461-007-9299-3.
169. Siegfried N, Narasimhan M, Kennedy C, Welbourn A, Yuvaraj A. Using GRADE as a framework to guide research on the sexual and reproductive health and rights of women living with HIV – a methodological paper. *AIDS Care*. 2017 (in press).
170. Recommandations de l’OMS pour la prévention et le traitement de la prééclampsie et de l’éclampsie. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/138406/1/9789242548334_fre.pdf?ua=1&ua=1, consulté le 6 mars 2017).
171. Ethical and safety recommendations for intervention research on violence against women. Building on lessons from the WHO publication Putting women first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251759/1/9789241510189-eng.pdf>, accessed 20 February 2017).
172. Loewenson R, Laurell A, Hogstedt C, D’Ambruso L, Shroff Z. Participatory action research in health systems: a methods reader. Harare: Training and Research Support Centre (TARSC), Alliance for Health Policy and Systems Research (AHPSR), World Health Organization, International Development Research Centre (IDRC) Canada, Regional Network for Equity in Health in East and Southern Africa (EQUINET); 2014 (<http://www.equinet africa.org/sites/default/files/uploads/documents/PAR%20Methods%20Reader2014%20for%20web.pdf>, accessed 6 March 2017).
173. Peters DH, Tran NT, Adam T ; Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé, Organisation mondiale de la Santé (OMS). La recherche sur la mise en œuvre en santé : Guide pratique. Genève : OMS ; 2014 (http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/Implementation_Research_FR2.PDF, consulté le 6 mars 2017).
174. Implementation Research in HRP: Operationalizing the United Nations Secretary-General’s Global Strategy for Women’s and Children’s Health. Briefing note. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75193/1/WHO_RHR_HRP_11.23_eng.pdf, accessed 6 January 2017).
175. Saleem H, Narasimhan M, Denison JA, Kennedy CE. Achieving pregnancy safely for HIV-serodiscordant couples: a social ecological approach. *J Int AIDS Soc*. 2017; 20(Suppl 1):21331. doi:10.7448/IAS.20.2.21331.
176. Soins de santé pour les femmes victimes d’actes de violence commis par un partenaire intime ou d’actes de violence sexuelle. Manuel clinique. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204236/1/WHO_RHR_14.26_fre.pdf?ua=1, consulté le 4 janvier 2017).
177. The Inter-Agency Working Group on SRH and HIV Linkages. SRH and HIV linkages compendium: indicators and related assessment tools. International Planned Parenthood Federation, United Nations Population Fund, World Health Organization; 2014 (http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SRH%20HIV%20Linkages%20Compendium_rev.pdf, accessed 6 March 2017).
178. Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/177992/1/9789241508995_eng.pdf, accessed 6 March 2017).
179. Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l’infection à VIH dans le secteur de la santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/192750/1/9789242508758_fre.pdf?ua=1, consulté le 6 mars 2017).

180. Inter-agency Task Team (IATT) on the Prevention and Treatment of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers and Children. Monitoring & evaluation framework for antiretroviral treatment for pregnant and breastfeeding women living with HIV and their infants (IATT Option B/B+ M&E Framework). New York (NY): United States Centres for Disease Control and Prevention (CDC), World Health Organization (WHO), United Nations Children's Fund (UNICEF); 2015 (<http://www.emtct-iatt.org/wp-content/uploads/2015/05/IATT-Framework-May-2015.pdf>, accessed 22 February 2017).
181. A tool for strengthening gender-sensitive national HIV and sexual and reproductive health (SRH) monitoring and evaluation systems. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251903/1/9789241510370-eng.pdf>, accessed 5 January 2017).
182. GREAT Network [website]. GREAT Network; 2017 (<http://greatnetworkglobal.org/>, accessed 6 March 2017).

Annexe 1. Experts externes et personnel de l’OMS ayant participé à l’élaboration de ces lignes directrices

Groupe d’orientation de l’OMS chargé des lignes directrices

Département Santé et recherche génésiques de l’OMS (RHR) (Genève, Suisse)

Ian Askew
Directeur

Avni Amin
Administrateur technique

Ana Pilar Betrán Lazaga
Médecin

Nathalie Broutet
Médecin

Mario Festin
Médecin

Bela Ganatra
Scientifique

Claudia García Moreno
Medical Officer

Rajat Khosla
Conseiller en matière de droits de l’homme

James Kiarie
Coordonnateur

Natalie Maurer
Assistante

Manjulaa Narasimhan
Scientifique
Responsable technique et coordonnatrice du processus d’élaboration des lignes directrices

Sheryl van der Poel
Médecin

Département Vieillesse et qualité de vie de l’OMS (ALC) (Genève, Suisse)

John Beard
Directeur

Équipe genre, équité et droits de l’homme de l’OMS (GER) (Genève, Suisse)

Rebekah Thomas Bosco
Administratrice technique

Département de la Santé de la mère, du nouveau-né, de l’enfant et de l’adolescent de l’OMS (MCA) (Genève, Suisse)

Joanna Vogel
Conseillère technique

Département des données probantes, de la recherche et de la prise en charge des troubles mentaux et neurologiques de l’OMS (MER) (Genève, Suisse)

Tarun Dua
Coordonnatrice

Fahmy Hanna
Médecin

Département VIH/SIDA de l’OMS (Genève, Suisse)

Rachael Baggeley
Coordonnatrice

Shaffiq Essajee
Médecin

Bureau régional OMS de l’Afrique (Brazzaville, Congo)

Francoise Bigirimana
Médecin – prévention de la transmission mère-enfant (PTME)

Léopold Ouedraogo
Conseiller en matière de santé reproductive

Bureau régional OMS des Amériques / Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) (Washington, DC, États-Unis d’Amérique)

Sonja Caffè
Conseillère régionale en matière de santé des adolescents

Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale (Le Caire, Égypte)

Ramez Mahaini

Conseiller régional pour la santé reproductive

Bureau régional OMS pour l'Europe (Copenhague, Danemark)

Gunta Lazdane

Administrateur de programme, Santé sexuelle et reproductive

Division des Maladies non transmissibles et de la promotion de la santé à toutes les étapes de la vie

Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est (New Delhi, Inde)

Razia Pendse

Conseillère régionale pour le VIH

Groupe chargé de l'élaboration des lignes directrices (GDG)

Co-Présidents : **Elizabeth Bukusi** et **Paul Van Look**

Pascale Allotey

Professeure de Santé publique et responsable de la Global Public Health

Monash Université de Malaisie
School of Medicine and Health Sciences
Bandar Sunway, Malaisie

Elham Atalla

Médecin-chef, Centre Al Hoora Health
Maître de conférence, Royal College of Surgeons, Irlande (RCSI) – Medical University of Bahrain
Médecin de famille consultant et sexologue clinicien, Arad Health Center
Ministère de la Santé
Direction des soins de santé primaires et de la santé publique
Juffair, Royaume de Bahrain

Susan Bewley

Professeure à la Complex Obstetrics
Division Women's Health
King's College London
Women's Health Academic Centre
King's Health Partners (KHP)
Londres, Royaume-Uni

Shalini Bharat

School of Health Systems Studies
Tata Institute of Social Sciences
Mumbai, Inde

Elizabeth Bukusi (CO-PRÉSIDENTE)

Cheffe de recherche et directrice adjointe (recherche et formation), Kenya Medical Research Institute (KEMRI)
Co-Directrice, Research Care Training Program (RCTP)
Center for Microbiology Research
Nairobi, Kenya

Caroline Phiri Chibawe

Directrice, Santé maternelle et santé de l'enfant
Ministère de la Santé
Lusaka, Zambia

Sophie Dilmitis

Consultante
Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/SIDA
Harare, Zimbabwe

Raoul Fransen-dos Santos

Conseiller principal en politiques
International Civil Society Support
Amsterdam, Pays-Bas

Selma Hajri

Consultante
Réseau africain pour l'avortement médicamenteux (ANMA)
Tunis, Tunisie

Maurice Hiza

Coordonnateur national du Planning Familial
Division de la santé reproductive et de la santé de l'enfant du Ministère de la santé et de la protection sociale
Dar es Salaam, République Unie de Tanzanie

Mona Loutfy

Women's College Research Institute
Women's College Hospital
Université de Toronto
Toronto, Canada

Chisale Mhango

Maître de conférence
Royal College of Obstetrics and Gynaecology
College of Medicine
Blantyre, Malawi

Glen Mola

Spécialiste des systèmes de santé
School of Medicine and Health Services
Boroko, Papouasie-Nouvelle-Guinée

Rejoice Nkambule

Directrice adjointe
Services de santé publique
Ministère de la Santé
Mbabane, Royaume du Swaziland

Vera Paiva

Professeure de maladies infectieuses et parasitaires
Université de São Paulo
Institut de psychologie (PST) & Interdisciplinary Group for
AIDS Prevention (NEPAIDS)
São Paulo, Brésil

Quach Thi Thu Trang

Chercheur principal
Coordonnateur du programme GBV
Center for Creative Initiatives in Health and
Population (CCIHP)
Hanoi, Viêt Nam

Paul Van Look (CO-PRÉSIDENT)

Consultant indépendant
Val d'Illeiez, Suisse

Alice Welbourn

Fondatrice et directrice
Salamander Trust
London, Royaume-Uni

Anandi Yuvaraj

Consultant indépendant
Militant en santé communautaire – genre, SSR et VIH
New Delhi, Inde

Équipe chargée de la revue systématique**Caitlin Kennedy**

Professeure associée
Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health
Université Johns Hopkins
Baltimore, États-Unis d'Amérique (USA)

Spécialisée en méthodologie**Nandi Siegfried**

épidémiologiste clinicienne
Cape Town, Afrique du Sud

Groupe d'examen externe (ERG)**Georgina Caswell**

Conseillère programme régionale : Link Up (Africa)
International HIV/AIDS Alliance
Brighton, Royaume-Uni

Eli Coleman

Directeur, Program in Human Sexuality
University du Minnesota
Minneapolis, USA

Tyler Crone

Co-fondateur et directeur
ATHENA Network
Seattle, USA

Cecilia Chung

Co-directrice
Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH
San Francisco, USA

Faysal El-Kak

Membre du conseil d'administration, Fédération
Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO)
American University of Beirut
Beirut, Liban

Asha George

South African Research Chair in Health Systems,
Complexity and Social Change
University of the Western Cape
Cape Town, Afrique du Sud

Quarraisha Abdool Karim

Professeure d'épidémiologie clinique et directrice
scientifique adjointe
Center for AIDS Research in South Africa (CAPRISA)
Durban, Afrique du Sud

Robert Leke

Président de FIGO Cameroon Society
Université de Yaoundé
Yaoundé, Cameroun

Svetlana Moroz

Directrice
Eurasian Women's Network on AIDS
Kyiv, Ukraine

Nelly Mugo

Adjointe au directeur
Département d'obstétrique et de gynécologie
Kenyatta National Hospital
Kenya Medical Research Institute (KEMRI) Nairobi,
Kenya

Wanjiru Mukoma

Chef de projet
LVCT Health
Nairobi, Kenya

Hajjarah Nagadya

Directrice
Communauté internationale des femmes vivant avec le
VIH/SIDA, Afrique orientale (ICWEA)
Entebbe, Ouganda

Francis Ndowa

Consultant
Conseil d'administration du Harare Central Hospital
Harare, Zimbabwe

L'Orangelis Thomas Negrón

Directrice
Latin America and Caribbean Positive Youth Network
Panama City, Panama

Eugene Ngoga

Président de FIGO Rwanda Society
Président du FIGO Rwanda Society College of Medicine
and Health Sciences School of Public Health
Université du Rwanda
Kigali, Rwanda

Hiromi Obara

Conseillère en politique de santé
National Center for Global Health and Medicine
Tokyo, Japon

Hamid Rushwan

Directeur général
FIGO
Khartoum, Soudan

Aditi Sharma

Directrice
Communauté internationale des femmes vivant avec le
VIH/SIDA
New Delhi, Inde

Martha Tholanah

Directrice
Communauté internationale des femmes vivant avec le
VIH/SIDA
Harare, Zimbabwe

Ruth Morgan Thomas

Co-présidente de l'organe consultatif de l'ONUSIDA sur
le VIH et le travail du sexe
Réseau mondial des projets sur le travail du sexe (NSWP)
Londres, Royaume-Uni

Rita Wahab

Directrice
Femmes vivant avec le VIH au Moyen-Orient (MENA
Rosa)
Beirut, Liban

Partenaires externes

Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida (ONUSIDA)

Luisa Cabal

Responsable, les droits humains et le droit
Genève, Suisse

Malayah Harper

Responsable, Division de l'égalité des sexes et de la
diversité
Genève, Suisse

Karusa Kiragu

Conseillère principale Genève, Suisse

Chris Mallouris

Conseiller en mobilisation communautaire
Genève, Suisse

Hege Wagan

Conseillère genre
Genève, Suisse

Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA)

Lynn Collins

Conseillère technique VIH
New-York, USA

Petra ten Hoop-Bender

Conseillère technique, santé sexuelle et reproductive
Genève, Suisse

Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) Bureau pour les questions de santé mondiale (Global Health Bureau), Office pour la population et la santé reproductive (Office of Population and Reproductive Health)

Shawn Malarcher

Conseiller principal pour l'utilisation des meilleures
pratiques
Washington, DC, USA

Nithya Mani

Conseillère en matière de santé publique et VIH
Washington, DC, USA

Jennifer Mason

Conseillère principale en matière de planning
familial/d'intégration du VIH
Washington, DC, USA

Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'Homme (HCDH)

Lucinda O'Hanlon

Conseillère en matière de droits des femmes
Section droits des femmes et genre
Genève, Suisse

Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme

Kate Thomson

Responsable, Community, Rights and Gender and Civil Society Hub
Genève, Suisse

Personnel et consultants de l'OMS

Consultants de l'OMS (recherche, rédaction, coordination)

Laura Beres

Université Johns Hopkins
Baltimore, USA

Elizabeth McGrory

Consultante indépendante
New-York, USA

Luisa Orza

ATHENA Network
Brighton, Royaume-Uni

Sofia Gruskin et Shubha Kumar

Institute for Global Health Université de Californie du Sud
Los Angeles, USA

Secrétariat du Comité d'évaluation des directives de l'OMS (GRC)

Philippa Easterbrook

Susan Norris

Charles Penn

Geneva, Switzerland

Appui administratif et en matière de communication de l'OMS

Catherine Hamill

Natalie Maurer

Christine Meynent

Lizzy Noble

Jane Werunga-Ndanareh

Geneva, Switzerland

Appui externe en matière de communication

Christel Chater, conception et présentation graphique

Jane Patten, révision technique et relecture
Green Ink, Royaume-Uni (www.greenink.co.uk)

Annexe 2. Liste des déclarations d'intérêts des membres du Groupe chargé de l'élaboration des lignes directrices (GDG) et informations relatives à la gestion de ces intérêts

Nom	Domaines de compétence	Divulgarion d'intérêts	Conflit d'intérêt et gestion
membres du GDG			
Prof. Pascale Allotey	Sage-femme, prestation de soins, application de la science, santé et droits en matière de sexualité et de reproduction (SDSR), VIH, migration, conflit et santé, recherche opérationnelle, systèmes de santé, recherche, genre et équité	Aucun déclaré	sans objet
Dr Elham Atalla	Sexologue clinicienne, santé sexuelle, santé des femmes, politiques, troubles mentaux et comportementaux parmi les populations vulnérables, y compris les femmes vivant avec le VIH	Aucun déclaré	sans objet
Dr Susan Bewley	Universitaire, obstétricienne, orientations normatives, recherche, violences au cours de la grossesse, santé maternelle, VIH, prestation de soins	A fourni des conseils relatifs à l'élaboration de l'enquête mondiale sur les valeurs et les préférences (GVPS).	Le conflit n'a pas été jugé suffisamment grave pour avoir un impact sur les membres du GDG ou sur la participation à la consultation technique.
Prof. Shalini Bharat	Recherche en sciences sociales, VIH/SIDA, stigmatisation, discrimination, vecteurs sociaux du VIH, santé des femmes, vulnérabilités sur le plan de la santé	Aucun déclaré	sans objet
Prof. Elizabeth Bukusi	infections sexuellement transmissibles (IST), santé reproductive, prévention du VIH, programmes destinés aux jeunes, formation, recherche socio-comportementale, biomédicale et opérationnelle	Aucun déclaré	sans objet
Dr Caroline Phiri Chibawe	Spécialiste en santé publique, santé de la mère et de l'enfant, clinicienne spécialiste du VIH, recherche opérationnelle, communication et sensibilisation, services de planification familiale	Aucun déclaré	sans objet

Nom	Domaines de compétence	Divulgence d'intérêts	Conflit d'intérêt et gestion
Ms Sophie Dilmitis	Femme vivant avec le VIH, sensibilisation, SDRS/ VIH, formation communautaire, éducation complète à la sexualité, programmes destinés aux jeunes	Perçoit des fonds du Women4Global Fund, UN Women Global treatment access review Group ; perçoit des fonds par l'entremise de l'ONUSIDA pour le groupe de travail GBV/VIH.	Le conflit n'a pas été jugé suffisamment grave pour avoir un impact sur les membres du GDG ou sur la participation à la consultation technique.
Dr Raoul Fransen-dos Santos	Conseiller en politiques, société civile, personne vivant avec le VIH, VIH/SDSR, santé publique, traitement antirétroviral (TAR), sensibilisation	Aucun déclaré	sans objet
Dr Selma Hajri	Contraception/services de planification familiale, avortement, vieillissement/ santé des femmes ménopausées, orientations normatives, politiques nationales, SDRS, sensibilisation	Aucun déclaré	sans objet
Dr Maurice Hiza	Politiques, santé maternelle, planification familiale, VIH/SIDA, recherche opérationnelle	Aucun déclaré	sans objet
Dr Mona Loutfy	SSR, stigmatisation et accès aux soins pour les femmes vivant avec le VIH, clinicienne spécialiste du VIH, travaux avec les communautés de femmes sous-desservies, y compris les femmes vivant avec le VIH parmi les populations rurales ou autochtones, politiques nationales	Aucun déclaré	sans objet
Dr Chisale Mhango	Obstétrique et gynécologie, SDRS, santé maternelle	Aucun déclaré	sans objet
Prof. Glen Mola	Obstétrique et gynécologie, systèmes de santé, violences envers les femmes, VIH	Aucun déclaré	sans objet
Dr Rejoice Nkambule	Politiques nationales, soins de santé primaires, VIH/SIDA y compris la prévention du VIH, prévention de la transmission verticale, programmes de TAR, éducation, formation et conseil, liens SDRS /VIH et tuberculose (TB)	Aucun déclaré	sans objet
Prof. Vera Paiva	SDSR /VIH, santé mentale, psychologue, chercheuse, conseillère en politiques, interventions communautaires, programmes destinés aux jeunes, application de la science	Aucun déclaré	sans objet
Ms Quach Thi Thu Trang	Violence sexiste, genre, sexualité, santé reproductive, recherche, suivi et évaluation, services de formation, clinicienne, travaux avec les populations minoritaires et vulnérables, y compris les personnes lesbiennes, gay, bisexuelles et transgenres (LGBT) et les personnes vivant avec le VIH	Aucun déclaré	sans objet
Prof. Paul Van Look	Recherche, SDRS, politiques, liens SSR/VIH directeur de programme	Aucun déclaré	sans objet

Nom	Domaines de compétence	Divulgence d'intérêts	Conflit d'intérêt et gestion
Prof. Alice Welbourn	Femme vivant avec le VIH, SDR, VIH, participation communautaire, violence exercée par le partenaire intime, communication, sensibilisation, recherche	A perçu des fonds au travers du Salamander Trust pour diriger le GVPS, mais n'a pas reçu d'honoraires pour ce travail.	Le conflit n'a pas été jugé suffisamment grave pour avoir un impact sur les membres du GDG ou sur la participation à la consultation technique.
Dr Anandi Yuvaraj	Femme vivant avec le VIH, violence sexiste, prévention, santé communautaire et santé publique, sensibilisation et communication, ressources humaines et financières pour la santé	Aucun déclaré	sans objet

Consultants ayant participé à la réunion du GDG

Dr Caitlin Kennedy	Revue systématique, données qualitatives, SSR et VIH	Dirige des revues systématiques	
Ms Laura Beres	Revue systématique, données qualitatives, SSR, VIH, santé communautaire	Appui pour les revues systématiques	
Dr Nandi Siegfried	Spécialiste en méthodologie, épidémiologiste clinicienne	Spécialiste de la méthodologie pour les lignes directrices	

Annexe 3. Questions et résultats prioritaires pour les interventions identifiées dans le cadre de ces lignes directrices

PICO : P = population ; I = intervention ; C = comparaison, O = résultats/critères de jugement (population, intervention, comparator, outcomes)

Questions PICO (P-I-C)	Résultats prioritaires (O)
<p>Question PICO 1 Quelles sont les interventions permettant de renforcer l'auto-efficacité et l'autonomisation des femmes vivant avec le VIH dans le cadre de rapports protégés et de prise de décision en matière de procréation ?</p> <p>P : Femmes vivant avec le VIH</p> <p>I : Interventions visant à s'attaquer aux inégalités et aux déséquilibres des rapports de force entre hommes et femmes et à améliorer le sentiment d'auto-efficacité et l'autonomisation dans le cadre de rapports protégés et de processus de décision en matière de procréation</p> <p>C : Pas d'intervention ou de norme de soins</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sentiment d'auto-efficacité, autonomisation ou autre mesure de la capacité d'une personne à prendre ses propres décisions en matière de rapports protégés, d'interruption de grossesse, d'espacement des naissances, d'accouchement et pour d'autres aspects de la santé sexuelle et reproductive 2. Comportements liés à la santé sexuelle ou reproductive (utilisation du préservatif, usage de contraceptifs, etc.) 3. Résultats sur la santé sexuelle ou reproductive (infections sexuellement transmissibles [IST], grossesse, etc.)
<p>Question PICO 2 Quelles sont les interventions encourageant la divulgation sans danger du statut sérologique pour le VIH des femmes vivant avec le virus qui redoutent des violences ou qui déclarent faire l'objet de violences ?</p> <p>P : Les femmes vivant avec le VIH qui redoutent des violences ou celles qui déclarent faire l'objet de violences</p> <p>I : Interventions visant à encourager la divulgation sans danger du statut sérologique pour le VIH</p> <p>C : Pas d'intervention</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Divulgation 2. Violence (physique, sexuelle, psychologique) 3. Crainte de violences 4. Autres retombées défavorables (dissolution d'une relation conjugale, abandon, perte d'emploi, perte des enfants, impossibilité d'accéder aux services, etc.) 5. Issues positives (sentiments d'autonomie, sécurité, implication du partenaire, meilleure santé physique, implication dans les soins et le traitement du VIH, observance du traitement antirétroviral, etc.)
<p>Question PICO 3 Quelles sont les types d'accouchement permettant d'obtenir les meilleurs résultats sur pour la mère et le nouveau-né chez les femmes vivant avec le VIH ?</p> <p>P : Les femmes vivant avec le VIH et leurs enfants</p> <p>I : Césarienne facultative</p> <p>C : Autres méthodes d'accouchement (césarienne non-facultative, accouchement par voie basse)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Infection à VIH chez les enfants nés de mères vivant avec le VIH (efficacité de la prévention de la transmission verticale) 2. Morbidité et mortalité chez les femmes vivant avec le VIH (y compris la morbidité fébrile, l'endométriose, l'hémorragie ou l'anémie sévère, la pneumonie et les infections urinaires) 3. Morbidité et mortalité chez les bébés nés de femmes vivant avec le VIH (morbidité respiratoire [syndrome de détresse respiratoire et tachypnée transitoire du nouveau-né] et lacérations cutanées) 4. Allaitement au sein (réussite ou chronologie de la mise en route et de la continuation)
<p>Question PICO 4 Do outcomes of medical and surgical abortion among women living with HIV differ from outcomes among HIV-uninfected women ?</p> <p>P : Femmes désirant avorter</p> <p>I : Avortement médicamenteux parmi les femmes vivant avec le VIH</p> <p>C : Avortement médicamenteux parmi les femmes qui ne présentent pas d'infection à VIH</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Efficacité (avortement complet) 2. Événements indésirables graves (décès, hospitalisation, transfusion sanguine, etc.) 3. Autres effets défavorables et effets secondaires (hémorragie ne nécessitant pas de transfusion sanguine, vomissements, etc.) 4. Satisfaction de la patiente

Annexe 4. Revues systématiques et revues de littérature

Pour chaque revue, le chef d'équipe est indiqué par une *

Revue systématique réalisée pour l'élaboration des nouvelles déclarations de bonnes pratiques (GPS)

Soutien psychosocial (NOUVELLE GPS A.1)

Beres LK, Narasimhan M, Robinson JL, Welbourn A, Kennedy CE*. Non-specialist psychosocial support interventions with women living with HIV : a systematic review. *AIDS Care*. 2017 (under review).

Sexualité saine tout au long de la vie (NOUVELLE GPS A.2)

Narasimhan M*, Payne C, Caldas S, Beard JR, Kennedy CE. Ageing and healthy sexuality among women living with HIV. *Reprod Health Matters*. 2016 ;24(48) :43–51. doi :10.1016/j.rhm.2016.11.001.

Autonomisation économique et accès aux ressources (NOUVELLE GPS A.3)

Chop E, Duggaraju A, Flignor A, Burke V, Caldas S, Yeh PT, Narasimhan M, Amin A, Kennedy C*. Food insecurity, sexual risk behaviour and adherence to antiretroviral therapy among women living with HIV : a systematic review. *Health Care Women Int*. 2017 (under review).

Intégration des services de SDR dans les services de prise en charge de l'infection à VIH (NOUVELLE GPS A.4 et A.5)

Kennedy CE, Haberlen SA, Narasimhan M*. Integration of sexually transmitted infection (STI) services into HIV care and treatment services for women living with HIV : a systematic review. *BMJ Open*. 2017 (in press).

Haberlen S, Narasimhan M, Beres LK, Kennedy CE*. Integration of family planning services into HIV care and treatment services : a systematic review. *Stud Family Plann*. 2017. doi :10.1111/sifp.12018.

Revue systématique réalisée pour l'élaboration des nouvelles recommandations (REC)

Auonomisation et autoefficacité (NOUVELLE REC B.1)

Robinson JL, Narasimhan M, Amin A, Morse S, Beres LK, Yeh PT, Kennedy CE*. Interventions to address unequal gender and power relations and improve self-efficacy and empowerment around sexual and reproductive health decision-making for women living with HIV : a systematic review. *PLoS One*. 2017 (under review).

Divulgence sans danger (NOUVELLE RECs B.4 et B.5)

Kennedy CE, Haberlen S, Amin A, Baggaley R, Narasimhan M*. Safer disclosure of HIV serostatus for women living with HIV who experience or fear violence : a systematic review. *J Int AIDS Soc*. 2015 ;18(6 Suppl 5) :20292. doi :10.7448/IAS.18.6.20292.

Césarienne (NOUVELLE REC B.22)

Kennedy CE*, Yeh PT, Pandey S, Betrán AP, Narasimhan M. Elective caesarean section for women living with HIV : a systematic review of risks and benefits. *AIDS Care*. 2017 (under review).

Soins cliniques destinés aux femmes vivant avec le VIH qui interrompent leur grossesse (NOUVELLE RECs B.30 et B.31)

Saleem H, Kennedy CE*, Ganatra B, Narasimhan M. Medical and surgical abortion for women living with HIV : a systematic review. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 (in press).

Revue de littérature et autres documents préparés dans le cadre de l'élaboration de ces lignes directrices

Revue de littérature portant sur les droits de l'homme :

Kumar S, Gruskin S*, Khosla R, Narasimhan M. Human rights and the sexual and reproductive health of women living with HIV – a literature review. *J Int AIDS Soc.* 2015 ;18(Suppl 5) :20290. doi :10.7448/IAS.18.6.20290.

Khosla R*, Van Belle N, Temmerman M. Advancing the sexual and reproductive health and human rights of women living with HIV : a review of UN, regional and national human rights norms and standards. *J Int AIDS Soc.* 2015 ;18(Suppl 5) :20280. doi :10.7448/IAS.18.6.20280.

Revue de littérature portant sur l'approche socio-écologique :

Saleem H, Narasimhan M*, Denison JA, Kennedy CE. Achieving pregnancy safely for HIV-serodiscordant couples : a social ecological approach. *J Int AIDS Soc.* 2017 ;20(Suppl 1) :21331. doi :10.7448/IAS.20.2.21331.

Document portant sur la méthodologie employée dans le cadre de l'utilisation de l'approche GRADE :

Siegfried N*, Narasimhan M, Kennedy C, Welbourn A, Yuvaraj A. Using GRADE as a framework to guide research on the sexual and reproductive health and rights of women living with HIV – a methodological paper. *AIDS Care.* 2017 (in press).

Annexe 5. Décisions du Groupe chargé de l'élaboration des lignes directrices (GDG) eu égard aux nouvelles recommandations

Recommandation	REC B.1	REC B.4	REC B.5
Intervention	Autonomisation et sentiment d'auto-efficacité	Divulgarion sans danger	Divulgarion sans danger
Certitude des données probantes	<input type="checkbox"/> Élevée <input type="checkbox"/> Moyenne <input checked="" type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Très faible	<input type="checkbox"/> Élevée <input type="checkbox"/> Moyenne <input checked="" type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Très faible	<input type="checkbox"/> Élevée <input type="checkbox"/> Moyenne <input checked="" type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Très faible
Valeurs et préférences des femmes vivant avec le VIH	<input checked="" type="checkbox"/> Privilégie cette option <input type="checkbox"/> Ne privilégie ni cette option ni d'autres options <input type="checkbox"/> Privilégie d'autres options	<input checked="" type="checkbox"/> Privilégie cette option <input type="checkbox"/> Ne privilégie ni cette option ni d'autres options <input type="checkbox"/> Privilégie d'autres options	<input checked="" type="checkbox"/> Privilégie cette option <input type="checkbox"/> Ne privilégie ni cette option ni d'autres options <input type="checkbox"/> Privilégie d'autres options
Utilisation des ressources	<input checked="" type="checkbox"/> Privilégie cette option <input type="checkbox"/> Ne privilégie ni cette option ni d'autres options <input type="checkbox"/> Privilégie d'autres options	<input checked="" type="checkbox"/> Privilégie cette option <input type="checkbox"/> Ne privilégie ni cette option ni d'autres options <input type="checkbox"/> Privilégie d'autres options	<input checked="" type="checkbox"/> Privilégie cette option <input type="checkbox"/> Ne privilégie ni cette option ni d'autres options <input type="checkbox"/> Privilégie d'autres options
Équité	<input checked="" type="checkbox"/> Privilégie cette option <input type="checkbox"/> Ne privilégie ni cette option ni d'autres options <input type="checkbox"/> Privilégie d'autres options	<input type="checkbox"/> Privilégie cette option <input checked="" type="checkbox"/> Ne privilégie ni cette option ni d'autres options <input type="checkbox"/> Privilégie d'autres options	<input checked="" type="checkbox"/> Privilégie cette option <input type="checkbox"/> Ne privilégie ni cette option ni d'autres options <input type="checkbox"/> Privilégie d'autres options
Acceptabilité	<input checked="" type="checkbox"/> Privilégie cette option <input type="checkbox"/> Ne privilégie ni cette option ni d'autres options <input type="checkbox"/> Privilégie d'autres options	<input checked="" type="checkbox"/> Privilégie cette option <input type="checkbox"/> Ne privilégie ni cette option ni d'autres options <input type="checkbox"/> Privilégie d'autres options	<input checked="" type="checkbox"/> Privilégie cette option <input type="checkbox"/> Ne privilégie ni cette option ni d'autres options <input type="checkbox"/> Privilégie d'autres options
Faisabilité	<input type="checkbox"/> Privilégie cette option <input checked="" type="checkbox"/> Ne privilégie ni cette option ni d'autres options <input type="checkbox"/> Privilégie d'autres options	<input checked="" type="checkbox"/> Privilégie cette option <input type="checkbox"/> Ne privilégie ni cette option ni d'autres options <input type="checkbox"/> Privilégie d'autres options	<input checked="" type="checkbox"/> Privilégie cette option <input type="checkbox"/> Ne privilégie ni cette option ni d'autres options <input type="checkbox"/> Privilégie d'autres options
Évaluation des bénéfices en fonction des désavantages	<input checked="" type="checkbox"/> Les bénéfices l'emportent sur les désavantages <input type="checkbox"/> Les bénéfices et les désavantages sont équilibrés <input type="checkbox"/> Les désavantages l'emportent sur les bénéfices	<input checked="" type="checkbox"/> Les bénéfices l'emportent sur les désavantages <input type="checkbox"/> Les bénéfices et les désavantages sont équilibrés <input type="checkbox"/> Les désavantages l'emportent sur les bénéfices	<input checked="" type="checkbox"/> Les bénéfices l'emportent sur les désavantages <input type="checkbox"/> Les bénéfices et les désavantages sont équilibrés <input type="checkbox"/> Les désavantages l'emportent sur les bénéfices
Décision du GDG	<input checked="" type="checkbox"/> Recommandé <input type="checkbox"/> Recommandé avec réserve <input type="checkbox"/> Non recommandé	<input checked="" type="checkbox"/> Recommandé <input type="checkbox"/> Recommandé avec réserve <input type="checkbox"/> Non recommandé	<input checked="" type="checkbox"/> Recommandé <input type="checkbox"/> Recommandé avec réserve <input type="checkbox"/> Non recommandé

Recommandation	REC B.22	REC B.30	REC B.31
Intervention	Césarienne	Avortement sans danger	Avortement sans danger
Certitude des données probantes	<input type="checkbox"/> Élevée <input type="checkbox"/> Moyenne <input checked="" type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Très faible	<input type="checkbox"/> Élevée <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Faible <input checked="" type="checkbox"/> Très faible	<input type="checkbox"/> Élevée <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Faible <input checked="" type="checkbox"/> Très faible
Valeurs et préférences des femmes vivant avec le VIH	<input checked="" type="checkbox"/> Privilégie cette option <input type="checkbox"/> Ne privilégie ni cette option ni d'autres options <input type="checkbox"/> Privilégie d'autres options	<input checked="" type="checkbox"/> Privilégie cette option <input type="checkbox"/> Ne privilégie ni cette option ni d'autres options <input type="checkbox"/> Privilégie d'autres options	<input checked="" type="checkbox"/> Privilégie cette option <input type="checkbox"/> Ne privilégie ni cette option ni d'autres options <input type="checkbox"/> Privilégie d'autres options
Utilisation des ressources	<input type="checkbox"/> Privilégie cette option <input checked="" type="checkbox"/> Ne privilégie ni cette option ni d'autres options <input type="checkbox"/> Privilégie d'autres options	<input checked="" type="checkbox"/> Privilégie cette option <input type="checkbox"/> Ne privilégie ni cette option ni d'autres options <input type="checkbox"/> Privilégie d'autres options	<input checked="" type="checkbox"/> Privilégie cette option <input type="checkbox"/> Ne privilégie ni cette option ni d'autres options <input type="checkbox"/> Privilégie d'autres options
Équité	<input checked="" type="checkbox"/> Privilégie cette option <input type="checkbox"/> Ne privilégie ni cette option ni d'autres options <input type="checkbox"/> Privilégie d'autres options	<input checked="" type="checkbox"/> Privilégie cette option <input type="checkbox"/> Ne privilégie ni cette option ni d'autres options <input type="checkbox"/> Privilégie d'autres options	<input checked="" type="checkbox"/> Privilégie cette option <input type="checkbox"/> Ne privilégie ni cette option ni d'autres options <input type="checkbox"/> Privilégie d'autres options
Acceptabilité	<input checked="" type="checkbox"/> Privilégie cette option <input type="checkbox"/> Ne privilégie ni cette option ni d'autres options <input type="checkbox"/> Privilégie d'autres options	<input checked="" type="checkbox"/> Privilégie cette option <input type="checkbox"/> Ne privilégie ni cette option ni d'autres options <input type="checkbox"/> Privilégie d'autres options	<input checked="" type="checkbox"/> Privilégie cette option <input type="checkbox"/> Ne privilégie ni cette option ni d'autres options <input type="checkbox"/> Privilégie d'autres options
Faisabilité	<input type="checkbox"/> Privilégie cette option <input checked="" type="checkbox"/> Ne privilégie ni cette option ni d'autres options <input type="checkbox"/> Privilégie d'autres options	<input checked="" type="checkbox"/> Privilégie cette option <input type="checkbox"/> Ne privilégie ni cette option ni d'autres options <input type="checkbox"/> Privilégie d'autres options	<input checked="" type="checkbox"/> Privilégie cette option <input type="checkbox"/> Ne privilégie ni cette option ni d'autres options <input type="checkbox"/> Privilégie d'autres options
Évaluation des bénéfices en fonction des désavantages	<input checked="" type="checkbox"/> Les bénéfices l'emportent sur les désavantages <input type="checkbox"/> Les bénéfices et les désavantages sont équilibrés <input type="checkbox"/> Les désavantages l'emportent sur les bénéfices	<input checked="" type="checkbox"/> Les bénéfices l'emportent sur les désavantages <input type="checkbox"/> Les bénéfices et les désavantages sont équilibrés <input type="checkbox"/> Les désavantages l'emportent sur les bénéfices	<input checked="" type="checkbox"/> Les bénéfices l'emportent sur les désavantages <input type="checkbox"/> Les bénéfices et les désavantages sont équilibrés <input type="checkbox"/> Les désavantages l'emportent sur les bénéfices
Décision du GDG	<input checked="" type="checkbox"/> Recommandé <input type="checkbox"/> Recommandé avec réserve <input type="checkbox"/> Non recommandé	<input checked="" type="checkbox"/> Recommandé <input type="checkbox"/> Recommandé avec réserve <input type="checkbox"/> Non recommandé	<input type="checkbox"/> Recommandé <input checked="" type="checkbox"/> Recommandé avec réserve <input type="checkbox"/> Non recommandé

Pour de plus amples informations, veuillez vous adresser au :

Département Santé et recherche génésiques

Organisation mondiale de la Santé

20 Avenue Appia, 1211 Genève 27

Suisse

Fax : +41 22 791 4171

Courriel : reproductivehealth@who.int

Site web : www.who.int/reproductivehealth

ISBN 978 92 4 254999 7



9 789242 549997