

Ligne directrice unifiée sur la santé et les droits des femmes vivant avec le VIH en matière sexuelle et reproductive

Résumé d'orientation

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.

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 une nouvelle ligne directrice 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).

La ligne directrice envisage 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. La ligne directrice 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.

La ligne directrice vise à fournir :

- **Des recommandations fondées sur des données factuelles** en faveur de la SDRS 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 SDRS 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 de la ligne directrice

Le Département Santé reproductive et recherche de l'OMS a dirigé l'élaboration de cette ligne directrice unifiée 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'elle reflète 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 SDRS des femmes vivant avec le VIH – la Global Values and Preferences Survey (GVPS).¹ Ce processus s'inscrivait au cœur de l'élaboration de la ligne directrice et les résultats de l'enquête en font partie intégrante.

1. 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>).

Le Groupe d'orientation de l'OMS chargé de définir la portée de la ligne directrice a réuni toutes les recommandations existantes de l'Organisation relatives à la SDR 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 la ligne directrice unifiée. 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 SDR 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 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 de la ligne directrice

Pour donner suite aux recommandations de la ligne directrice, 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 la ligne directrice, le Groupe d'élaboration a défini au niveau des connaissances d'importantes lacunes qu'il faudra combler par la recherche primaire. La ligne directrice sera mise à jour cinq ans après sa 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 de la ligne directrice 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 SDSR 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 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 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
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

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.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.</p> <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> <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> <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> <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>	<p>Recommandation forte, données indirectes</p> <p>Recommandation forte, données de très faible qualité</p> <p>Recommandation conditionnelle, données de faible qualité</p> <p>Recommandation forte, données de très faible qualité</p> <p>Recommandation forte, données de très faible qualité</p>
--	---

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> <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>	<p>Recommandation forte, données de faible qualité</p> <p>Recommandation forte, données de qualité moyenne</p>
---	--

B. Interventions sanitaires

Recommandation (REC)	Force de la recommandation, qualité des données
<h3>Conseil et soutien en matière de santé sexuelle</h3>	
<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>	<p>Recommandation forte, données de faible qualité</p>
<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>	<p>Recommandation forte, données de qualité faible à moyenne</p>

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).

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	Recommandation forte, données de qualité faible à très faible
---	---

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>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>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>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>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>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>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>* 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>	<p>Recommandation conditionnelle, données de très faible qualité</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>Recommandation forte, données de faible qualité</p> <p>Recommandation forte, données de faible qualité</p> <p>Recommandation conditionnelle, données de faible qualité</p>

6. *Ibid.*

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.*

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>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 conditionnelle, données de haute qualité</p> <p>Recommandation forte, données de qualité moyenne</p>
<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>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>

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).

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.

<p>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).</p>	Données de qualité faible à très faible
<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>	Données de qualité faible à très faible
<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, 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).</p>	Données de qualité faible à très faible
<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>	Données de qualité faible à très faible
<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>	Données de qualité faible à très faible

Services de soins prénatals et de santé maternelle

<p>REC B.22 (NOUVELLE) : L'OMS recommande de ne pas conseiller systématiquement une césarienne à toutes les femmes enceintes vivant avec le VIH.</p>	Recommandation forte, données de faible qualité
<p>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</p>	Recommandation forte, données de qualité moyenne

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).

<p>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</p> <p>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/mm³.¹⁹</p> <p>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</p> <p>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</p>	<p>Recommandation conditionnelle, données de faible qualité</p> <p>Recommandation forte, données de qualité moyenne</p> <p>Recommandation forte, données de qualité moyenne</p> <p>Recommandation forte, données de faible qualité pour 12 mois, de très faible qualité pour 24 mois</p>
<p>REC B.28 : L'utilisation de l'amniotomie seule pour la prévention de l'allongement du travail n'est pas recommandée.²²</p> <p>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</p>	<p>Recommandation faible, données de très faible qualité</p> <p>Recommandation faible, données de très faible qualité</p>

Services d'avortement sécurisé

<p>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.</p> <p>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.</p>	<p>Recommandation forte, données de très faible qualité</p> <p>Recommandation conditionnelle, données de très faible qualité</p>
---	--

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

<p>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</p>	<p>Recommandation conditionnelle, données de très faible qualité</p>
<p>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</p>	<p>Aucune précision sur la force ou la qualité n'a été trouvée mais la recommandation est fondée sur l'approche GRADE</p>

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 (SDSR)

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 SDR 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 non-discrimination.

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>).

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.

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 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.

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 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.

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

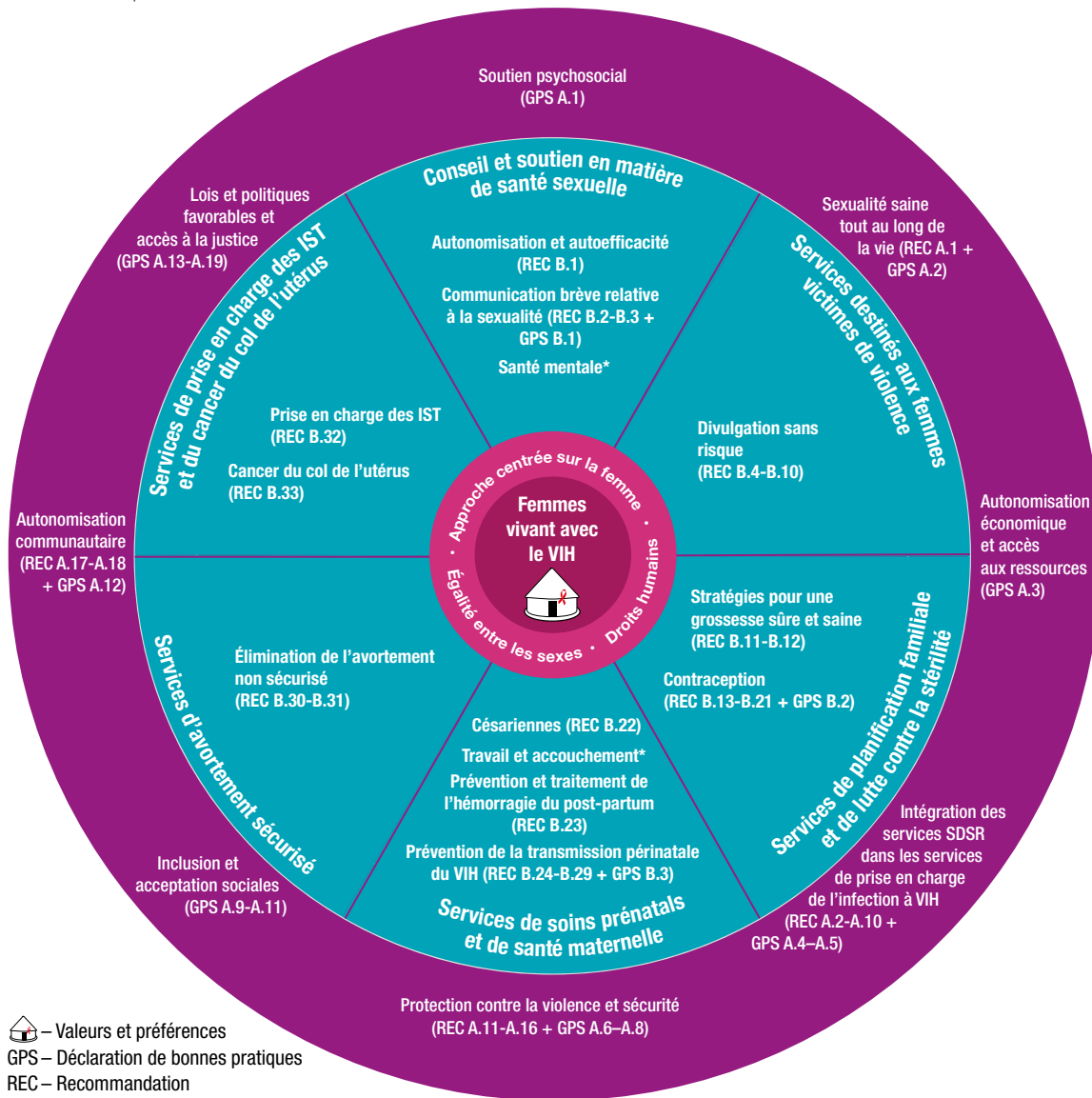
28. Communication brève relative à la sexualité : recommandations pour une approche de santé publique. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204278/1/9789242549003_fre.pdf).

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>).

Figure 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

Le présent cadre illustre la structure d'ensemble de cette ligne directrice unifiée et oriente le lecteur vers des thèmes spécifiques et vers les recommandations et déclarations de bonnes pratiques pertinentes de l'OMS. La ligne directrice se fonde sur les valeurs et les préférences des femmes vivant avec le VIH, exprimées conformément aux réponses à l'enquête sur les valeurs et préférences mondiales de l'OMS. Elle suit une approche complète de promotion de la santé et des droits en matière de sexualité et de reproduction centrée sur la femme et repose sur les principes directeurs de l'égalité entre les sexes et des droits humains (représentés dans le cercle rose). Le cadre illustre ensuite : A) l'environnement favorable (anneau extérieur pourpre), avec les huit thèmes présentés au chapitre 3 du document intégral (dans le sens des aiguilles d'une montre à partir du sommet) ; et B) les interventions sanitaires (segments centraux turquoise), avec les six thèmes présentés au chapitre 4 du document intégral (également dans le sens des aiguilles d'une montre à partir du sommet) – dans tous les cas, ces thèmes sont accompagnés d'informations sur les recommandations et déclarations de bonnes pratiques pertinentes qui apparaissent aussi respectivement aux Tableaux 1 et 2.



– Valeurs et préférences
 GPS – Déclaration de bonnes pratiques
 REC – Recommandation
 – Environnement favorable
 – Interventions sanitaires
 SDR – 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.

