

CEFOC HETS DAS en Santé sexuelle
Interventions par l'éducation et le conseil
2017-2019

05/08/2019

Enjeux en matière de contraception chez les femmes vivant avec le VIH à l'ère du post «Swiss Statement»

Participante : **Isabel Cobos Manuel**
Tel privé : 078 633 93 41
Adresse personnelle : Chemin de la Raisse 47,
1040 Echallens
Email personnel : icobos79@gmail.com

Table des matières

1. Introduction	2
1.1. Motivations	2
1.2. Objectifs poursuivis	4
1.3 Question de départ.....	4
2. Développement.....	4
2.1. Place des femmes à travers l'épidémie du sida.....	5
2.2. Stigmatisation et VIH	5
2.2.1 Stigmatisation des FVVIH.....	6
2.2.2. Stigmatisation et discrimination chez les FVVIH et relation avec la santé reproductive	7
2.3 Rapport à la contraception chez les FVVIH	9
2.4. Modes de contraception chez les FVVIH	11
2.4.1 Contraception et FVVIH	11
2.4.2 Grossesses non désirées chez les FVVIH	14
2.4.3 Questionner l'accès financier à la contraception des FVVIH.....	15
2.5. Conseil en contraception	16
2.5.1 Conseil en contraception chez les FVVIH	17
3.Proposer des pistes d'actions afin de pouvoir répondre aux besoins des FVVIH en termes de contraception.....	18
4. Conclusion.....	20
5. Bibliographie.....	21

1. Introduction

Le sida est à l'heure actuelle la cause la plus importante de décès chez les femmes en âge de procréer dans le monde (Gérand, 2019). Parmi les 34 millions de personnes infectées par le VIH, la moitié seraient des femmes en âge de procréer (Prevention gap report, 2016, cité dans Aebi-Popp et al., 2018,). Les femmes les plus touchées par l'épidémie à travers le monde sont principalement originaires d'Afrique (World Health Statistics, 2019 cité dans Gérand, 2019).

Les progrès thérapeutiques des thérapies antirétrovirales (TAR) ont permis aux femmes vivant avec le VIH (désignées ci-après par l'abréviation FVVIH) d'améliorer leur vie sexuelle et reproductive en réduisant de manière significative le risque de transmission du virus lors de rapport sexuel ou en cas de grossesse (Gokhale, Bradley, & Weiser, 2017). Cette avancée médicale permettrait donc aux FVVIH d'avoir une vie sexuelle et reproductive similaire à la population générale. En effet, il a été démontré que la prise de TAR permet de prévenir la transmission du VIH lors de relations sexuelles, ce qui est connu sous le nom de « Swiss Statement » (Kuzoe-Liengme, Hirschel, & Schiffer, 2010). Cependant, une récente étude américaine (Patel, Bukusi, & Baeten, 2018) affirme que plus de la moitié des grossesses seraient non désirées parmi les FVVIH. De plus, il a été démontré (Aebi-Popp et al., 2018) que l'utilisation de moyens de contraception autre que le préservatif chez les FVVIH demeure faible. Ces discordances entre les avancées médicales et la situation sous-optimale de la santé reproductive chez les FVVIH interpellent lorsqu'elles sont prises en considération à l'ère du post « Swiss Statement ».

1.1. Motivations

Ce travail a été motivé tant par les éléments cités ci-dessus concernant la santé reproductive des FVVIH, que de par mon expérience professionnelle. En effet, travaillant en tant qu'infirmière psychosociale au sein de la consultation des maladies infectieuses du CHUV (CMI) depuis une dizaine d'années, je suis amenée à accompagner, entre autres, des FVVIH rencontrant des difficultés liées à l'impact du diagnostic sur différents aspects de leur vie.

A travers ma pratique professionnelle, il m'a semblé que peu d'attention est accordée à la contraception des FVVIH de manière générale. Lors du suivi infectiologique de routine des FVVIH, les questions en termes de santé sexuelle et reproductive portent principalement sur l'adaptation du TAR en vue d'une future grossesse ou en lien avec les recommandations spécifiques de suivi gynécologique chez les FVVIH. En effet, il est parfois nécessaire de modifier la TAR des FVVIH afin de réduire de potentiels risques pour le fœtus (Zash et al., 2019). De plus, il est recommandé (Keiser

et al., 2006) aux FVVIH d'effectuer un contrôle gynécologique plus fréquemment que les femmes de la population générale car leur risque de développer un cancer du col utérin est plus élevé.

Toutefois, les éventuels questionnements et préoccupations des FVVIH autour de leur désir de planification familiale ainsi que de leur utilisation ou non de contraceptifs est un sujet peu abordé. Il se peut que les FVVIH éprouvent des difficultés à se rendre dans les centres de santé sexuelle ou auprès des gynécologues pour discuter de ces thématiques par peur du jugement ou de méconnaissances concernant le VIH de la part des professionnels. Comme nous allons le voir, les FVVIH sont confrontées à de nombreuses difficultés en lien avec des enjeux en matière de contraception est sujet à de nombreuses difficultés auxquelles ces dernières sont confrontées : l'histoire de l'épidémie du VIH, le stigma lié aux représentations sociales du VIH ainsi que les diverses craintes en lien avec la peur de la contamination en font partie.

Au travers des deux ans de formations du DAS en santé sexuelle, j'ai acquis de nombreuses connaissances et compétences en matière de santé sexuelle et reproductive. Cependant, la spécificité de l'accompagnement en santé sexuelle et reproductive des FVVIH n'a pas été abordé durant la formation. Or, de par mon expérience professionnelle, je constate que les FVVIH vivent une réalité spécifique en matière d'enjeux contraceptifs qu'il est important de connaître afin de pouvoir leur permettre une prise en charge adaptée à leurs besoins.

Lors de mon stage en conseil dans un service de santé sexuelle, les diverses questions à poser aux femmes lors d'un entretien contraceptif n'évoquaient jamais directement la potentielle séropositivité des FVVIH. Les questions en relation à la santé des femmes étaient d'ordre général et tentaient davantage d'écarter de potentiels risques pouvant être associés à une contraception hormonale tel que, par exemple, le risque d'accident vasculaire cérébral. De plus, de par le nombre des questions à poser et informations à transmettre lors d'une consultation en contraception, il n'est habituellement pas possible d'être exhaustif.

Néanmoins, si le conseil a pour objectif de pouvoir répondre aux besoins spécifiques et individuels de chaque femme, il devrait pouvoir prendre en considération les spécificités inhérentes aux réalités des FVVIH. La faible utilisation de moyens de contraception autres que le préservatif comparativement à la population générale, nous amène à penser que les FVVIH pourraient ne pas se sentir concernées ou en droit de bénéficier d'une contraception adaptée à leurs besoins de vie. Ceci pourrait amener à des grossesses non désirées chez ces dernières.

Pour l'élaboration de ce travail, je souhaite tenter de théoriser mon impression que peu d'attention est portée à la contraception des FVVIH en essayant de comprendre les enjeux relatifs à la contraception pour les FVVIH à l'ère du post « Swiss Statement ». Plus particulièrement, je me suis

intéressée aux possibles conséquences qu'un tel diagnostic peut avoir sur la santé reproductive des FVVIH hétérosexuelles dans les pays industrialisés. Je souhaiterais également explorer quels seraient les besoins des FVVIH en matière de santé reproductive pour ainsi pouvoir proposer différentes pistes de réflexions et d'actions dans ce domaine.

1.2. Objectifs poursuivis

Les objectifs poursuivis à travers ce travail sont les suivants :

1. Identifier et interroger le rapport à la contraception des FVVIH à l'ère du post « Swiss Statement ».
2. Identifier les besoins en matière de contraception des FVVIH.
3. Faire émerger des pistes d'interventions professionnelles afin de pouvoir répondre aux besoins des FVVIH en termes de contraception.

1.3 Question de départ

Quels sont les enjeux en matière de contraception chez les femmes vivant avec le VIH à l'ère du post « Swiss Statement » ?

2. Développement

Afin de théoriser la problématique proposée, qui est de mieux comprendre les enjeux en lien avec la santé reproductive des FVVIH, je souhaite tout d'abord replacer le **VIH dans un contexte historique avec un focus féminin**. Ceci va me permettre d'appréhender de quelle manière une épidémie perçue comme étant initialement masculine en est venue à devenir la principale cause de décès chez les femmes en âge de procréer.

Par la suite, je souhaite développer le **concept de stigmat** car il est, à mes yeux, au centre du vécu de toute personne vivant avec le VIH (PVVIH). Il me semble que le vécu du stigmat des FVVIH peut engendrer un impact tant sur le droit que les FVVIH vont s'octroyer à vivre une vie reproductive similaire à toutes les femmes que sur la perception que la société va avoir de ces dernières.

De plus, je souhaite essayer de comprendre le **rapport à la contraception des FVVIH** au regard des normes sociétales encadrant leurs choix reproductifs. Par la suite, je vais me centrer sur la **contraception des FVVIH** en examinant des éventuelles spécificités chez ces dernières.

Finalement, afin de mieux comprendre les besoins contraceptifs des FVVIH, je vais développer les éventuelles **spécificités de la contraception chez les FVVIH** et m'interroger sur le **conseil en contraception** dont ces dernières devraient pouvoir bénéficier.

Ces éléments vont me permettre de faire émerger des **pistes d'interventions professionnelles** afin de répondre aux besoins des FVVIH en termes de contraception.

2.1. Place des femmes à travers l'épidémie du sida

Un article en sciences sociales (Bajos & Paicheler, 2008), porte sur la place des femmes à travers l'épidémie du sida au cours du temps. Il rappelle que le premier groupe de personnes touchées par le VIH était composé d'hommes ayant des relations avec les hommes. Dans les pays occidentaux, les catégories épidémiologiques se sont donc basées sur des caractéristiques majoritairement masculines et homosexuelles de l'épidémie et ceci reste vrai encore actuellement. Les femmes ont ainsi été dès le départ considérées comme des cibles secondaires des campagnes de prévention ou autres. Cependant, les femmes, et plus particulièrement les femmes du Sud, seraient spécialement vulnérables au VIH. Cela serait dû à une susceptibilité biologique combinée à des « facteurs structurels sociaux, économiques et culturels tels que les rôles sociaux des sexes, les relations de pouvoir inégalitaires, (...), ainsi que l'existence et la tolérance pour la violence envers les femmes incluant la coercition sexuelle » (ONUSIDA 2010 cité dans Desclaux, 2012).

Cette non prise en considération initiale du risque pour les femmes de contracter le VIH, a permis à l'épidémie de pouvoir se propager facilement à travers ce groupe. Les femmes d'Afrique Sub-Saharienne représentaient ainsi en 2008 40% des PVVIH dans le monde (ONUSIDA, 2010 cité dans Desclaux, 2012). Ce n'est que plus tardivement que l'on s'est intéressé aux risques de transmission du VIH entre la mère et son enfant. De manière générale, l'infection à VIH amplifie la vulnérabilité des femmes, ce qui engendre des conséquences sur différents aspects de leur parcours de vie et de santé. De ce fait, les FVVIH nécessiteraient une prise en charge unique en lien avec leurs circonstances sociales spécifiques et dépendant notamment de leur vie, de leur santé sexuelle, reproductive ainsi que mentale (CHIWOS, 2013).

2.2. Stigmatisation et VIH

Malgré le passage d'une maladie mortelle à une maladie chronique, le VIH demeure un diagnostic extrêmement difficile à accepter pour les personnes concernées. C'est pour cette raison que j'ai choisi de développer dans le module 6, le concept de la stigmatisation qui, à mes yeux, est un composant central du vécu des PVVIH et donc également des FVVIH. Pour l'élaboration de ce chapitre, je vais reprendre certains éléments précités dans mon travail de validation du module 6. J'émet l'hypothèse que la stigmatisation du VIH peut engendrer un impact sur la santé reproductive des FVVIH.

De nombreux articles (voir par exemple, Parker & Aggleton, 2003) démontrent que les phénomènes de stigmatisation en lien avec le VIH sont encore omniprésents à ce jour. Le sociologue Goffman (Goffman, 1975) définit la stigmatisation comme un attribut discréditant, une différence non souhaitée par les attentes sociales. Cette différence perçue va engendrer un phénomène de discrimination en diminuant les opportunités et droits de la personne. Le degré de stigmatisation est d'autant plus élevé si la maladie est associée à un comportement moralement contesté tel que les infections sexuellement transmissibles (IST), si le patient est considéré comme étant responsable de sa survenue ou si la maladie fait peur (Bichsel & Conus, 2017). Le VIH remplit à lui seul ces trois catégories. De par son mode de transmission (par voie sanguine ou sexuelle), la notion de responsabilité des personnes infectées joue un rôle crucial dans la représentation sociale de la maladie. La notion de punition est souvent associée aux personnes séropositives qui sont ainsi considérés comme étant responsables de la survenue de leur maladie en ayant choisi d'adopter des comportements à risques tels que le non-usage du préservatif ou l'échange de seringue. Ces comportements pouvant être considérés comme déviant ont initialement été attribués uniquement à des groupes minoritaires tels que les homosexuels, les travailleurs/euses du sexe ou les personnes toxicomanes. De plus, le VIH ayant été associé à la mort durant les premières années de son apparition la notion de peur est toujours omniprésente quant au risque d'être contaminé par une personne séropositive.

2.2.1 Stigmatisation des FVVIH

Les FVVIH tenues pour responsables de la transmission du VIH ont été catégorisées de la manière suivante (Robichaud, 2017): la prostituée, la droguée et la mère. **Les travailleuses du sexe** ont été considérées comme responsables de la propagation du virus dans la population hétérosexuelle (Hart & Whittaker 1994 cité par Robichaud, 2017). La seconde catégorie est celle des « **droguées** », ce qui prolonge l'idée que les utilisatrices de drogues sont des « personnes dangereuses et immorales » (Patton, 1990 cité dans Robichaud, 2017, p. 9). Selon Herrera et Campero (2002, cité dans Robichaud, 2017), ces stéréotypes pourraient laisser croire que le plus haut taux de prévalence se situe au sein des catégories citées précédemment alors qu'il réside en premier lieu chez les femmes hétérosexuelles qui sont en couple monogame et n'ont ni exercé le travail du sexe ni consommé de drogue. La troisième catégorie est celle de la **mère**. Cette catégorie est apparue suite à la découverte de la transmission verticale mère-enfant en 1985 (Mensah, 2003 cité dans Robichaud, 2017).

En ce qui concerne les phénomènes de stigmatisation des FVVIH, il a été démontré (Ho & Holloway, 2016) que des stéréotypes tels que le genre ou l'origine ethnique peuvent affecter négativement ces dernières. Concernant le genre, des études ont démontré que les FVVIH sont jugées

plus durement que les hommes et sont même considérées comme immorales (Ho & Holloway, 2016). Ce phénomène serait en lien avec des attentes sociétales projetant la femme dans un rôle de soignante et de mère. De ce fait, le rôle sociétal des FVVIH peut être considéré comme un échec aux yeux de la société estimant que les FVVIH ne peuvent plus remplir leurs rôles de soignante et de mère (Lawless et al. 1996, Lekas et al. 2006, Logie et al. 2011 cité dans Ho & Holloway, 2016). L'origine ethnique jouerait également un rôle négatif en termes de stigmatisation des FVVIH. Des études ont démontré que les femmes d'origine africaine expérimentent un degré plus élevé de stigmatisation comparativement aux femmes caucasiennes (Lekas et al. 2006 cité dans Ho & Holloway, 2016). De plus, les groupes initialement identifiés à risque lors de l'épidémie VIH tel que les hommes ayant du sexe avec des hommes ou les personnes toxicomanes disposent de différents types de soutien (associations de soutien aux personnes homosexuelles ou centre d'addictologie), alors que les FVVIH hétérosexuelles dans les pays de basse prévalence, tels que la Suisse, se retrouvent elles isolées.

Les FVVIH vont subir les conséquences de la stigmatisation et de la discrimination à divers niveaux, notamment à travers leurs pratiques sexuelles, leurs relations sociales et familiales, leurs opportunités en termes d'emplois, leur accès aux soins, ainsi que leurs adhésions aux TAR (Lawless et al. 1996, Peterson 2010 cité dans Ho & Holloway, 2016).

Concernant les représentations sociales des FVVIH, l'industrie cinématographique porte, à mes yeux, une part de responsabilité. En effet, cette dernière semble être restée ancrée dans les premières années de la maladie, ne permettant pas d'offrir aux gens une image plus actuelle de ce que signifie vivre avec le VIH aujourd'hui. De plus, les FVVIH ont rarement (voire jamais), été représentées au cinéma. Des films cultes tels que « Philadelphia » ou plus récemment « 120 battements minutes » mettent en scène uniquement des hommes homosexuels dans les premières années de l'épidémie, relayant les femmes à leurs insignifiances et à leurs invisibilités. Ceci peut porter un réel préjudice aux FVVIH pouvant se sentir minoritaires, invisibles et incomprises aux yeux du reste de la population. De plus, l'invisibilité des FVVIH pourrait induire un phénomène d'isolement les amenant à croire qu'elles sont peu de femmes à être concernées par le VIH.

2.2.2. Stigmatisation et discrimination chez les FVVIH et relation avec la santé reproductive

Dans les premières années de l'épidémie, la notion de culpabilité était omniprésente chez les FVVIH et celles souhaitant avoir un enfant étaient considérées comme « moralement irresponsables et psychologiquement déséquilibrées » (Patton, 1994 cité dans Robichaud, 2017, p. 9). De ce fait et afin de prévenir les grossesses chez les FVVIH, des dépistages systématiques du VIH, des avortements forcés ainsi que la stérilisation étaient des mesures fréquemment pratiquées (Richardson, 1994 cité

dans Robichaud, 2017). A noter que le dépistage systématique du VIH lors de chaque grossesse demeure un aspect indispensable et extrêmement positif dans la prise en charge gynécologique des FVVIH afin de pouvoir dépister et traiter le plus rapidement possible les FVVIH enceintes (ignorant leur séropositivité) afin de ne pas transmettre le virus à l'enfant à venir. Rappelons qu'aujourd'hui les FVVIH avec une virémie indétectable peuvent concevoir et donner naissance à un enfant sans aucune mesure médicale spécifique, contrairement à ce qui se passait avant. Ce qui signifie qu'une FVVIH avec une virémie indétectable durant toute la grossesse pourra accoucher par voie basse sans nécessité de traiter l'enfant durant les premiers mois de vie. De plus, les FVVIH ont depuis peu la possibilité d'allaiter leurs enfants lorsque leurs situations médicales les y autorise (Kahlert et al., 2018).

Une étude américaine (Wingood et al, 2007 cité dans Ho & Holloway, 2016) indique que plus d'un sixième des FVVIH ont vécu, au cours de leurs vie, des phénomènes de discrimination. La discrimination est souvent reliée au stigma mais diffère de ce dernier par le fait que qu'elle empêche la personne d'avoir accès aux mêmes droits et opportunités que d'autres groupes (Nostlinger, Rojas Castro, Platteau, Dias, & Le Gall, 2014). La santé sexuelle et reproductive des PVVIH serait particulièrement sensible aux phénomènes de discrimination (Gruskin, Ferguson, & O'Malley, 2007). Différentes formes de discrimination à l'encontre des FVVIH ont été reportées, comme par exemple la violation de la confidentialité, la divulgation du status VIH, la pression chez les couples VIH de prendre des décisions en lien avec leur fertilité (telles que des stérilisations forcées), ou leurs droits à la parentalité déniés (Nostlinger et al., 2014). Même si une partie de ces discriminations ne sont plus présentes aujourd'hui dans les pays industrialisés, la peur des conséquences du dévoilement du diagnostic VIH à leur famille, amis ou partenaires sexuels demeure dans la vie des FVVIH une problématique centrale (Teti et al 2010 cité dans Ho & Holloway, 2016). D'autres phénomènes de discrimination plus actuels reportés dans une étude européenne (Nostlinger et al., 2014), se manifestent par des difficultés de communication et de relations entre les professionnels de la santé et les FVVIH. Les exemples nommés par les personnes concernées sont notamment un manque de temps et d'ouverture pour aborder des thématiques de santé sexuelle et reproductive, ainsi que la perception de peu d'intérêt de la part des professionnels à aborder ces thématiques.

Les phénomènes de discrimination pourraient ainsi être générés par les professionnels de la santé indépendamment du niveau de développement des pays (Abel & Painter 2003, Carr & Gramling 2004, Rahangdale et all. 2010, Theilgraard et al 2011, Okoror et al. 2014 cité dans Ho & Holloway, 2016), en particulier parmi les non-spécialistes du VIH. En effet, les FVVIH ont fréquemment reporté des discriminations provenant de leurs gynécologues (Nostlinger et al., 2014). De ce fait, on peut émettre l'hypothèse que cette potentielle discrimination puisse constituer une barrière pour les FVVIH

à se rendre à leur suivi gynécologique afin d'aborder leurs questionnements et désirs reproductifs. De plus, la contraception et la santé reproductive relèvent d'une spécialisation qui n'est pas inhérente au domaine d'expertise des spécialistes VIH et qui devraient donc pouvoir être assurées par des spécialistes en santé sexuelle et reproductive tels que les gynécologues et/ou les conseillers.ères en santé sexuelle.

Selon une enquête nationale française (Marsicano et al., 2014), VIH : Enquête Sur les Personnes Atteintes (VESPA), concernant la santé sexuelle des PVVIH et incluant plus de 3000 personnes, les FVVIH seraient plus nombreuses que les hommes séropositifs à ressentir des phénomènes de discrimination dans le domaine de la santé. Il est suggéré que le statut VIH de ces femmes les rendrait inadaptées à accomplir leurs rôles sociaux en tant qu'épouse et mère selon le regard social posé sur elles.

Les phénomènes de stigmatisation et discrimination touchant les FVVIH semblent ne pas prendre en considération les avancées médicales actuelles leur permettant d'avoir une espérance et une qualité de vie similaires à la population générale, avec un très faible risque de transmission au partenaire ou en cas de grossesse (Marsicano et al., 2014). L'impact de ces phénomènes vont générer des conséquences négatives tant sur la santé psycho-sociale des FVVIH que dans la manière dont elles sont perçues par la société.

Identifier les phénomènes de stigmatisation et de discrimination pouvant être vécus par les FVVIH permet de les prendre en considération, afin que les FVVIH puissent bénéficier d'une prise en charge adaptée à leurs besoins en santé reproductive. Intégrer ces données à travers l'accompagnement en conseil contraceptif des FVVIH devrait leur permettre de se sentir d'avantage prises en considération et comprises.

2.3 Rapport à la contraception chez les FVVIH

Après avoir identifié les phénomènes de stigmatisation auxquelles les FVVIH peuvent être confrontées, je souhaite à présent m'interroger sur leurs enjeux en matière de contraception au regard des normes sociétales encadrant le rapport des femmes à la contraception et reproduction.

Le rapport entre la sexualité et la reproduction des femmes a été modifié avec l'arrivée du droit à la contraception et à l'avortement (Bozon, 2002, cité dans Favier, 2014). Le droit à l'avortement est inscrit dans le code Pénal Suisse (Code pénal suisse, Interruption de grossesse, 2002), cependant, ce droit n'est pas universel en Europe. Le mouvement féministe initié à la fin des années 60 va consigner « la liberté de reproduction comme un droit humain fondamental en l'inscrivant comme la réappropriation par les femmes de l'autonomie de choix sur leur propre vie » (Favier, 2014, p. 27).

L'article 9 des droits sexuels de l'International Planned Parenthood Federation (IPPF), fait état du droit des femmes à l'auto-détermination et à la planification familiale :

« Toute personne a le droit de choisir de se marier ou non, de fonder ou non une famille, de décider d'avoir ou non des enfants, de décider librement et en toute responsabilité du nombre de ses enfants et de l'espacement des naissances, et ce dans un environnement où les lois et politiques reconnaissent la diversité des formes de famille, y compris celles non définies par la descendance ou le mariage. » (IPPF, 2008, p. 11).

En ce qui concerne les FVVIH, rappelons que, en raison du haut taux de mortalité dans les premières années de l'épidémie, peu d'attention avait initialement été accordée à leur droit en matière de santé reproductive. Par le passé, différentes formes de discriminations telles que des stérilisations forcées ou leur droit à la parentalité dénié avaient privé de nombreuses FVVIH de leurs droits en matière de santé reproductive. A l'heure actuelle, le groupe d'étude VESPA (Heard, Sitta, Lert, & Group, 2007), rappelle qu'au vu des avancées médicales dans la prise en charge du VIH, il est indispensable que les désirs reproductifs des FVVIH soient pris en considération. Le choix des FVVIH à prendre des décisions en matière de santé reproductive fait partie du droit fondamental de tout être humain (Department of Reproductive Health Research, 2017 cité dans Patel et al., 2018) et ce indépendamment de sa situation médicale.

Nolwenn Bühler (2018), évoquait « les normes procréatives » auxquelles les femmes et les couples sont soumis en matière de procréation. Sous l'apparence d'une liberté individuelle, ces choix sont soumis à « des **normes procréatives** renvoyant au respect des conditions socialement définies pour avoir un enfant et donc aux normes sociales encadrant la procréation » (Bajos & Ferrand, 2006, cité dans Bühler, 2018, p. 5). Ces normes font référence à l'idée qu'il faut être en couple stable hétérosexuelle, avoir le bon âge pour procréer, être en bonne santé, etc... afin de pouvoir avoir un enfant. Nous pouvons nous interroger sur les attentes et normes sociétales qui sont imposées aux FVVIH souhaitant avoir ou ayant des enfants car des facteurs autres que médicaux interfèreraient quant à leurs décisions d'avoir des enfants. En effet, des éléments tels que la stigmatisation du VIH chez les femmes, l'origine ethnique, ainsi que de nombreuses peurs pouvant encore être vécues par les FVVIH souhaitant avoir un enfant (peur du risque de transmission du VIH, peur des conséquences du dévoilement de leur diagnostic à leurs entourages) peuvent encore être présentes et par conséquent entraver leurs choix reproductifs.

En ce qui concerne le désir d'enfant chez les FVVIH, il serait plus important chez celles n'ayant pas d'enfants que chez celles qui en ont (Heard et al., 2007). Cet aspect est similaire, chez les femmes non VIH. En effet, dans les représentations sociales dominantes, « une femme sans enfant n'est pas réalisée » (Bajos & Ferrand, 2006, cité dans Bühler, 2018, p. 5). Le désir d'enfant des FVVIH serait indépendant de leur état de santé. Dans une étude apparue avant l'arrivée des TAR, il a été démontré que la gravité de l'état de santé des FVVIH n'interférait pas avec le désir d'enfant de ces dernières (Heard et al., 2007). Je trouve intéressant de ne pas perdre de vue cet aspect qui rappelle que les FVVIH sont avant tout des femmes avec les mêmes désirs et besoins que toutes les femmes, et ce indépendamment de leur état de santé. Le désir d'enfant chez les FVVIH serait, comme chez les femmes non VIH, lui aussi dépendant de l'origine et serait également plus important chez les femmes du Sud comparativement aux femmes nées en Europe, ceci en raison des « différences culturelles du modèle de fécondité » (Heard et al., 2007, p. 50). Au vu de l'importante mixité des cultures engendrées par les phénomènes migratoires, il peut en résulter des difficultés de compréhension au sein de différents contextes socio-culturels en lien avec les modèles de fécondité propres à chacun.

2.4. Modes de contraception chez les FVVIH

L'OMS définit la contraception de la manière suivante : « Utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter » (OMS, 2019). Les méthodes de contraception sont principalement divisées en deux catégories : les méthodes de longue durée d'action (**LARC**) et les contraceptifs de courte durée d'action (**non LARC**). Les contraceptifs de courte durée (tels que la pilule, l'anneau vaginal et le patch) vont dépendre de leur utilisatrice, l'obligeant ainsi à une rigueur importante afin d'éviter des grossesses non désirées. Alors que les LARC (tels que le dispositif intra-utérin (DIU), l'implant) vont se différencier par leur haute efficacité tout en ne nécessitant pas d'effort particulier de la part de leur utilisatrice. Une information sur la contraception d'urgence sera nécessaire en cas de choix d'une méthode contraceptive à courte durée d'action (Chung, Ferro Luzzi, Bettoli Musy, & Narring, 2015). La fonction symbolique de ces différents moyens de prévention va au-delà de leur simple efficacité technique. En effet : « la pilule contraceptive a été le symbole de la libération sexuelle et de la libération de la femme (...), le préservatif reste pour sa part le symbole de la prévention du sida » (Giami & Spencer, 2004, p. 378).

2.4.1 Contraception et FVVIH

Une récente étude suisse (Aebi-Popp et al., 2018) se basant sur les chiffres de la Swiss HIV Cohort Study (SHCS) s'est intéressée à la santé reproductive des FVVIH. Afin d'élaborer une réflexion autour des modes de contraception utilisés par les FVVIH, je vais me baser essentiellement sur les résultats

de cette étude, car ils me permettent d'apporter un éclairage local et récent de la réalité de ces dernières autour de cette thématique.

L'OMS recommande l'utilisation d'une « double contraception » pour les FVVIH, c'est-à-dire, l'utilisation de LARC en combinaison avec le préservatif afin d'éviter la transmission du VIH ainsi que d'autres IST (OMS, 2017 cité dans Aebi-Popp et al., 2018). Cependant, en ce qui concerne les FVVIH, elles ne seraient que 10% à utiliser « la double contraception » en Suisse (Aebi-Popp et al., 2018). Une hypothèse serait que les déclarations du « Swiss Statement » pourraient engendrer des messages différents dans les pays industrialisés où l'accès aux TAR avec un suivi médical permet aux FVVIH d'avoir une virémie indétectable et, par conséquent, d'avoir des relations sexuelles sans la nécessité de l'usage du préservatif. L'importance pour les FVVIH de pouvoir bénéficier d'une contraception efficace et accessible est donc devenu un élément essentiel car elles ne vont plus nécessairement utiliser systématiquement des préservatifs (Aebi-Popp et al., 2018).

L'OMS a déclaré en 2012 qu'il n'existe pas de restriction en matière de contraceptifs pour les FVVIH en lien avec de potentielles interactions entre les différents moyens de contraception et le TAR (OMS, 2012 cité dans Maraun et al., 2015). Cependant, d'autres études (Aebi-Popp et al., 2018) suggèrent que des interactions entre certains types de TAR et des contraceptifs hormonaux pourraient réduire l'efficacité de certains contraceptifs hormonaux. Les FVVIH devraient par conséquent être informées de la potentielle baisse d'efficacité de leurs modes de contraceptions hormonaux en relation avec leur TAR, afin de leur permettre d'effectuer un choix éclairé en matière de contraceptifs. De par cet aspect, le conseil pour les FVVIH d'utilisation d'une « double contraception » tel que recommandé par l'OMS demeurerait une recommandation actuelle et valide pour les FVVIH ne souhaitant pas d'enfants et à risque d'être contaminées par d'autres IST. Je ne souhaite cependant pas entrer dans l'examen des spécificités pharmacocinétiques entre le TAR et les contraceptifs hormonaux, jugeant cet aspect trop médical.

Malgré la large palette de moyens contraceptifs disponibles actuellement, le recours à des moyens de contraception diffère grandement entre les femmes séropositives et négatives. En effet, l'utilisation de moyens de contraception autres que le préservatif masculin chez les FVVIH demeure faible. A titre de comparaison, en Suisse, les FVVIH seraient 73% à utiliser le préservatif comparativement à une utilisation de 40% pour les femmes non-VIH (Koutaïsof, Amiguet, Bize, 2015 cité dans Aebi-Popp et al., 2018). Malgré la haute efficacité du préservatif en ce qui concerne la réduction des transmissions des IST, son effet contraceptif est nettement inférieur comparativement à l'utilisation des LARC. En effet, on a enregistré un taux de 18% d'échec avec le préservatif selon son usage typique (et 2% selon un usage parfait) versus 0.2% d'échec avec un DIU (Trussel, J cité dans le

cours de Walder-Lamas, 2018). De plus, il a été mis en évidence que la négociation du préservatif pour les FVVIH pourraient s'avérer difficile au vu de la potentielle difficulté à dévoiler leur diagnostic à leurs partenaires. Ces dernières pouvant craindre que leur statut VIH soit soupçonné si elles exigent le préservatif lors d'une relation sexuelle (Cicconi et al., 2013). Ces éléments indiquent que le préservatif ne serait pas utilisé de manière systématique chez les FVVIH et que, par conséquent, cela pourrait engendrer des grossesses non désirées (Patel et al., 2018). Le préservatif féminin pourrait être une alternative supplémentaire offrant aux FVVIH l'avantage de pouvoir gérer de manière autonome (sans nécessité de négociation) son utilisation. Cependant, son coût plus élevé ainsi que sa difficulté d'accès actuelle en Suisse (vente uniquement par internet, notamment par le shop de l'Aide Suisse Contre le SIDA, car il n'est plus vendu en pharmacie) rendent son usage plus limité. En ce qui concerne les moyens de contraceptions autres que le préservatif, elles ne seraient que 25% de FVVIH en Suisse à les utiliser (Aebi-Popp et al., 2018), comparativement à une utilisation d'environ 65% dans la population générale suisse en 2012 (Koutaisoff et al., 2015, p. 27). Parmi les moyens de contraceptions autre que les préservatifs utilisés par les FVVIH dans cette étude (Aebi-Popp et al., 2018), nous trouvons la contraception orale double hormone ainsi que le DIU.

A noter que la moitié des FVVIH sexuellement actives n'utilisaient aucun moyen de contraception malgré le fait qu'elles ne désiraient pas d'enfants. Ce chiffre invite à penser que le risque de grossesse non désirée semble par conséquent être élevé chez les FVVIH (cf. ci-dessous). La non-utilisation de moyens de contraception chez les FVVIH exprimant clairement leur non-désir d'enfant mériterait d'être analysé, car il me semble important de pouvoir comprendre quels sont les freins potentiels à l'utilisation de contraceptifs. Les hypothèses pouvant être émises à ce stade seraient les suivantes : la crainte de l'inaccessibilité financière à différents types de contraceptifs ou de consultations en santé reproductive, l'appréhension du jugement des professionnels en santé reproductive lors de la divulgation du diagnostic VIH de par des phénomènes de stigmatisation, la non prise en considération par les FVVIH elles-mêmes de leur droit à pouvoir bénéficier d'un accompagnement en santé reproductive. Ces hypothèses nécessiteraient de pouvoir être validées auprès des FVVIH.

Dans la population générale, le mode de contraception va varier selon les différents stades de la vie : « un recours important au préservatif en début de vie sexuelle, l'utilisation de la pilule dès que la vie sexuelle se régularise et le recours au stérilet quand les couples ont eu les enfants qu'ils désiraient » (Bajos et al., 2012 cité dans Thomé, 2016, p. 2). Cependant, les choix contraceptifs des femmes sont sujets à une constante évolution. En effet, depuis quelques années, de nombreuses femmes réclament un retour à une contraception sans hormones. Des méthodes telles que la

symptothermie ou différentes applications pour mieux connaître les cycles menstruels féminins sont soumises à un essor considérable dans les pays industrialisés (Maurisse, 2018). De par ces données, nous constatons que la contraception des FVVIH ne suit pas les mêmes variations. En effet, comme nous avons pu le voir, les FVVIH utilisent principalement le préservatif comme moyen de contraception. De plus, il y a très peu d'articles s'intéressant aux méthodes de contraception dites « naturelles » chez les FVVIH. La différence significative d'utilisation de méthodes contraceptives entre les femmes de la population générale et les FVVIH m'interroge. En effet, je me questionne sur l'accès dont elles disposent afin de pouvoir recevoir des conseils en matière de contraception adaptés à leurs situations médicales et de vie. Ces éléments sont néanmoins indispensables afin de permettre aux FVVIH de pouvoir effectuer des choix éclairés, qu'ils soient individuels et/ou de couple en termes de santé reproductive. De plus, j'émet l'hypothèse que si le mode de contraception des FVVIH demeure exclusivement le préservatif et n'évolue pas selon les différents stades de leur vie, il se peut que cela puisse engendrer une lassitude et que son utilisation diminue. Les conséquences d'une utilisation exclusive du préservatif en lien avec l'important écart entre l'usage typique et théorique de ce dernier, pourraient être à l'origine des grossesses non désirées chez les FVVIH, s'il demeure l'unique contraceptif utilisé.

2.4.2 Grossesses non désirées chez les FVVIH

Les conséquences d'une non utilisation ou d'une utilisation sous-optimale des différents moyens de contraceptions tels que décrits ci-dessus sont les grossesses non désirées. Le risque de grossesses non désirées chez les FVVIH semble être un facteur important à prendre en considération.

Dans le monde, plus de la moitié des grossesses seraient non désirées chez les FVVIH (Halperin, Stover & Reynolds, 2009 cité dans Patel et al., 2018). En Suisse, 11% des grossesses seraient non désirées chez les FVVIH, dont 81% étaient sous contraception au moment de l'événement. Les moyens de contraceptions les plus fréquemment utilisés lors de grossesses non désirées étaient le préservatif (47%) et la contraception orale (42%) (Aebi-Popp et al., 2018). A noter que l'utilisation de la contraception d'urgence chez les FVVIH n'a pas été répertoriée dans cette étude. Cependant, lors d'utilisation de méthodes non LARC, une information concernant l'accès et l'utilisation à la contraception d'urgence sont des aspects essentiels afin de réduire le risque de grossesses non désirées chez les FVVIH.

Le fait que la plupart des FVVIH ayant expérimenté une grossesse non désirée étaient sous contraception au moment de l'événement invite à penser à une utilisation sous-optimale des moyens de contraception, à d'éventuelles interactions médicamenteuses (entre la contraception hormonale et

le TAR) pouvant diminuer l'efficacité des contraceptifs (tel que cité précédemment), ainsi qu'à une éventuelle méconnaissance de l'utilisation de la contraception d'urgence. Il a été décrit que les FVVIH avec un faible niveau d'éducation sont plus à risque d'expérimenter une grossesse non désirée que celles avec un niveau éducationnel supérieur (Aebi-Popp et al., 2018). Il se peut qu'un accompagnement de proximité régulier afin d'évaluer l'utilisation et la compréhension du moyen de contraception choisi, de même que l'information à l'accès à la contraception d'urgence en cas de nécessité, puissent se révéler être des éléments positifs afin de pouvoir améliorer l'accompagnement des FVVIH en matière de santé reproductive. De plus, il convient de s'interroger sur des aspects d'adhésion concernant la contraception orale chez des femmes devant déjà penser à prendre de manière quotidienne un ou des comprimés (TAR), et ce de manière chronique. Ce qui pourrait se relever être positif pour certaines, car étant déjà habituées à prendre des comprimés quotidiennement, pourraient engendrer d'éventuelles difficultés pour d'autres quant à la prise d'un comprimé supplémentaire.

Les grossesses non désirées peuvent avoir un impact important sur la santé tant physique que psychologique des femmes ayant à les subir, il convient donc de mettre en œuvre tous les moyens pour tenter de les réduire. Un des éléments essentiels afin de réduire les grossesses non désirées chez les FVVIH est la promotion d'une contraception efficace et sûre (Aebi-Popp et al., 2018). Il est également essentiel de leur permettre d'exprimer leurs questionnements et désir en termes de santé reproductive tout en prenant en compte leurs situations de vie, dans un environnement adapté à leurs besoins.

2.4.3 Questionner l'accès financier à la contraception des FVVIH

Selon une enquête des besoins chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) élaborée par le service de la CMI au CHUV (actuellement en cours), environ la moitié des personnes interrogées ont exprimées des difficultés en lien avec leur situation financière. Une étude française publiée en 2016 indique que le niveau d'activité professionnel des PVVIH est nettement inférieur à celui de la population générale (Marsicano et al., 2014).

De part ces aspects, il serait vain de parler de contraception des FVVIH sans s'interroger sur son accessibilité financière. En effet, en Suisse la contraception n'est remboursée par aucune caisse maladie. Alors que nous parlons de contraception choisie, répondant aux besoins individuels de chaque femme, il y a fort à parier que de nombreuses femmes doivent renoncer à certains types de contraceptifs en raison de leur prix. Les prix des contraceptifs sont très variables, le préservatif étant le moyen le plus économique, suivi de la pilule. Les moyens de contraception les plus onéreux sont les stérilets car ils impliquent également le geste médical permettant de les poser. Cependant, ces dispositifs sont moins chers à long terme puisqu'ils peuvent rester en place pour une durée pouvant aller jusqu'à 5 ans.

Une enquête menée par Santé Sexuelle Suisse (2016) concernant l'accès à la contraception pour les requérantes d'asile en Suisse, met en lumière une grande disparité cantonale de prise en charge.

Le canton de Vaud prend en charge les frais des différents moyens de contraception sous ordonnance médicale pour certaines personnes vivant une situation financière vulnérable. En effet, que ce soit pour les personnes à l'aide sociale (RI, 2017), les personnes requérantes d'asile à l'Établissement Vaudois d'Accueil des Migrants (EVAM, 2017) ainsi que pour les personnes au bénéfice des prestations complémentaires (DPCFam, 2013), les contraceptifs prescrits médicalement sont entièrement pris en charge financièrement. Certaines particularités concernant la stérilisation ou la vasectomie peuvent être sujettes à une demande financière d'aide exceptionnelle.

Connaître ces éléments permet de pouvoir en informer les FVVIH pouvant bénéficier d'une prise en charge financière de contraceptifs. Cependant, jusqu'à l'élaboration de ce travail, ces éléments m'étaient inconnus. Lors de mon stage en conseil, je me souviens m'être déjà interrogée à ce sujet sans obtenir d'information précise. Cependant, si ces éléments ne sont pas connus, il se peut que la personne travaillant en conseil parte de certains « a priori » concernant des limites financières supposées d'accès financier à la contraception de la personne, choisissant de ne promouvoir que les moyens de contraception les moins chers. Notre rôle en tant que spécialiste en santé sexuelle n'est évidemment pas de supplanter l'assistante sociale dans l'exercice de sa fonction mais de connaître ces aspects afin de pouvoir travailler en collaboration. Car une hypothèse pourrait être que certaines FVVIH aux prises avec des difficultés financières renoncent à prendre en considération leurs besoins contraceptifs de par la crainte de leur aspect financier.

2.5. Conseil en contraception

En ce qui concerne le conseil en contraception, mes connaissances théoriques dans le domaine ont été acquises tout au long de ma formation, notamment avec des intervenantes telles que la Dre Renteria, la Dre Quach, Mme Eckert et Fellay-Jordan ainsi que Mme Walder Lamas. Le stage en conseil, quant à lui, a été pour moi une source d'enrichissement qui m'a permis de mettre à profit les connaissances acquises théoriquement. Je rappelle néanmoins que, tout au long de la formation l'attention concernant le conseil en contraception des FVVIH n'a pas été examinée.

Walder-Lamas (2018) évoque l'importance du choix éclairé en contraception. Afin de permettre à la femme de pouvoir effectuer un choix éclairé, le conseil en contraception relève de toute son importance. « Le choix éclairé conjoint favorise l'implication active de l'utilisatrice dès le départ, ce qui est primordial en termes d'efficacité » (Chung et al., 2015, p. 1744).

Pour mener à bien l'entretien contraceptif, l'OMS a publié une approche en six points sous l'acronyme BER CER (Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication, Retour). Cette approche permet d'aborder la santé reproductive de manière structurée et concise tout en tenant compte du vécu et des besoins de la personne. Cette approche nous a été présentée en cours par Mme Walder-Lamas (2018) et m'a paru tout de suite très utile. J'ai pu la mettre en pratique durant mon stage en conseil et elle m'a permis de garder en tête la structure des différents entretiens portant sur cette thématique.

2.5.1 Conseil en contraception chez les FVVIH

Le conseil en santé sexuelle et reproductive fait partie des guidelines lors de la prise en charge des FVVIH. Cependant, une étude américaine suggère que peu de FVVIH abordent ces sujets avec les professionnels lors de leur suivi infectiologique régulier (Gokhale et al., 2017). Seul 39.4% des femmes en âge de procréer auraient discuté de leur projet en matière de santé sexuelle avec un professionnel de la santé depuis leur diagnostic VIH. De plus, la plupart de ces discussions (70%) auraient été initiées par la patiente elle-même (CHIWOS, 2019). Une autre étude (Schonnesson et al., 2018) suggère qu'il est possible que les professionnels ne se sentent pas compétents pour évoquer ces aspects ou qu'ils estiment qu'il incombe à d'autres professionnels d'aborder cette thématique. De plus, des barrières importantes entravant la communication entre les FVVIH et leurs professionnels de santé en regard à des conseils en matière de santé reproductive seraient présentes (Squires et al., 2011).

En Suisse, le conseil en contraception est partiellement intégré pour le suivi des FVVIH. Cependant, ces dernières nécessitent d'être référées à un.e gynécologue pour la prescription de contraceptifs, ce qui pourrait réduire l'accès à la contraception des FVVIH ne s'engageant pas dans un suivi de routine auprès de leurs gynécologues (Aebi-Popp et al., 2018). Selon les recommandations nationales et internationales, les FVVIH devraient avoir un suivi gynécologique annuel car l'incidence du cancer du col utérin est huit fois plus élevée chez les FVVIH que dans la population générale (Clifford et al. 2005 cité dans Keiser et al., 2006). Cependant, selon une étude suisse de la SHCS, seul 35.3% des FVVIH avaient complété leur suivi gynécologique et 7% d'entre elles n'avaient jamais eu de suivi gynécologique (Keiser et al., 2006). Ce faible taux de suivi gynécologique chez les FVVIH m'interroge quant aux barrières que ces dernières peuvent rencontrer à accéder à ce suivi. Une piste pourrait être que les FVVIH considèrent que les professionnels dans le domaine de la santé sexuelle ne bénéficient pas de connaissances actualisées en matière de VIH. Les FVVIH pourraient ainsi renoncer à consulter ou à dévoiler leur séropositivité à des professionnels craignant des messages et attitudes inadéquates et stigmatisantes tels qu'évoqué précédemment dans ce travail.

Ces données invitent à penser que les FVVIH ont peu d'interlocuteurs pour parler de contraception et de leurs désirs reproductifs. Si le suivi gynécologique est lui documenté en Suisse, il y a peu de données concernant les visites des FVVIH aux centres de santé sexuelle ainsi que leurs perceptions de ces centres. J'émet l'hypothèse que les difficultés décrites précédemment, craintes de la stigmatisation ou de la connaissance non actualisée en matière de VIH, puissent également être un frein pour ces dernières à les consulter.

Nous sommes donc en droit de nous demander par quels professionnels la contraception des FVVIH va pouvoir être prise en considération tout en tenant compte des spécificités inhérentes à leur situation médicale et v à leur vécu en lien avec leur séropositivité.

3. Proposer des pistes d'actions afin de pouvoir répondre aux besoins des FVVIH en termes de contraception

Les droits en santé sexuelle et reproductive des FVVIH ne diffèrent pas des personnes de la population générale. Cependant, comme nous avons pu le constater tout au long de ce travail, les droits en matière de santé reproductive des FVVIH peuvent être influencés par des facteurs tels que la stigmatisation et la discrimination, les inégalités de genre ainsi que le manque d'information de la part des professionnels de la santé (Nattabi et al. 2009, Mac Carthy et al. 2012, WHO 2012, cité dans Haberlen, Narasimhan, Beres, & Kennedy, 2017). De plus, rappelons que les FVVIH sont empreintes d'un passé douloureux en ce qui concerne le rapport à leur santé reproductive. En effet, durant de longues années, le désir d'enfant chez les FVVIH a été considéré comme irresponsable. Les différentes difficultés décrites à travers ce travail concernant la santé reproductive des FVVIH telles que la faible utilisation de moyens de contraception LARC, une potentielle utilisation sous-optimale des moyens de contraceptions, un suivi gynécologique inférieur aux recommandations internationales ainsi qu'un important taux de grossesses non désirées chez les FVVIH, suggèrent que les stratégies actuelles pour le suivi des FVVIH en matière de santé reproductive nécessiteraient d'être repensées.

Une récente revue de littérature (Haberlen et al., 2017), suggère que l'intégration d'un service en planning familial au sein d'un service d'inféctiologie serait associée à une augmentation de connaissances ainsi qu'à une utilisation de méthodes de contraception dites « modernes » parmi les FVVIH. Cette étude n'a cependant pas permis de pouvoir évaluer les effets d'une telle consultation sur la potentielle diminution des grossesses non désirées chez les FVVIH. Il est suggéré que la prise en charge des FVVIH en matière de santé reproductive devrait inclure les éléments suivants : (Inter-

Agency Task Team for the prevention and treatment of hiv infection in pregnant women and their children 2012 cité dans Haberlen et al., 2017, p. 154).

1. Information et conseil des droits sexuels et reproductifs, incluant la grossesse ou la prévention des grossesses non désirées ;
2. Prise en charge médicale adéquate des FVVIH, indépendamment de leur intention en matière de reproduction ;
3. Conseil en planning familial basé sur les droits, incluant les contraceptifs et le screening et prise en charge de l'infertilité ;
4. Screening et prise en charge des IST ;
5. Prévention de la violence de genre ;
6. Et ceci dans un environnement sans stigmatisation ni discrimination.

Je considère que les points 1, 3, 5 et 6 pourraient être des aspects nécessitant d'être développés en conseil en santé reproductive chez les FVVIH. Les éléments 2 et 4 sont quant à eux déjà systématiquement traités dans le suivi infectiologique de routine des FVVIH.

L'intégration d'une offre en conseil en matière de contraception et santé reproductive au sein d'une consultation en infectiologie pourrait permettre d'aborder les éléments suivants :

- Faciliter l'information et l'accès aux moyens de contraceptions chez les FVVIH.
- Permettre aux FVVIH d'aborder des difficultés sexuelles spécifiques avec des professionnels experts dans le domaine du VIH (stigmatisation, peur de la divulgation du statut VIH au partenaire...).
- Assurer un continuum dans leur prise en charge médicale avec des professionnels déjà connu et identifiés.

Ceci avec le but ultime de diminuer le nombre de grossesses non désirées chez les FVVIH. Ces hypothèses devraient pouvoir être confirmées auprès des personnes directement concernées et une étude portant sur cette thématique pourrait apporter un éclairage précieux afin de pouvoir répondre aux besoins en contraception des FVVIH.

Afin de mener à bien l'entretien en conseil contraceptif chez les FVVIH, l'utilisation de l'approche BERGER, cité précédemment, me paraît adéquate afin de pouvoir structurer l'entretien. Il semblerait indispensable que le.a professionnel.le bénéficie de connaissances tant dans le domaine du VIH que dans celui de la contraception. Travaillant dans le domaine du VIH et au bénéfice d'un DAS en santé sexuelle, je serais intéressée à pouvoir réfléchir à la plus-value de pouvoir développer un tel

accompagnement auprès des FVVIH au sein d'une consultation en maladies infectieuses. A noter que selon les données lausannoises de la cohorte Suisse (SHCS), 139 femmes en âge de procréer sont suivies à la consultation des maladies infectieuses du CHUV. Ces dernières pourraient potentiellement bénéficier d'une telle consultation.

4. Conclusion

Ce travail décrit l'importance de pouvoir apporter un accompagnement spécifique en matière de santé reproductive des FVVIH, dans le but de pouvoir davantage répondre à leurs besoins.

A l'ère où le préservatif n'est plus une absolue nécessité chez les FVVIH, il est urgent de permettre à ces dernières d'aborder leurs préoccupations en lien avec leur santé reproductive ainsi que de leur permettre l'accès à des moyens de contraceptions efficaces tout en prenant en compte des considérations spécifiques concernant leur vécu. La différence d'utilisation de moyens de contraception entre les FVVIH et les femmes de la population générale ainsi que l'important taux de grossesses non désirées parmi les FVVIH en Suisse, sous-entend un manque d'attention portée à la santé reproductive de ces dernières. Des études portant sur la plus-value de l'intégration d'un programme en santé reproductive inséré directement dans le suivi infectiologique de routine des FVVIH avec des professionnel.les spécialisé.es tant dans le domaine du VIH que de la santé reproductive devraient pouvoir être effectuées. L'intégration d'un tel programme pourrait faciliter l'accès aux informations concernant les différents moyens de contraception, permettre aux FVVIH d'aborder des difficultés spécifiques en matière de contraception et assurer un continuum dans leur prise en charge médicale avec des professionnels déjà connus et identifiés.

5. Bibliographie

- Aebi-Popp, K., Mercanti, V., Voide, C., Nemeth, J., Cusini, A., Jakopp, B., . . . Swiss, H. I. V. C. S. (2018). Neglect of attention to reproductive health in women with HIV infection: contraceptive use and unintended pregnancies in the Swiss HIV Cohort Study. *HIV Med*, 19(5), 339-346. doi:10.1111/hiv.12582
- Bajos, N., & Paicheler, G. (2008). Femmes et sida : regards croisés en sciences sociales. *Med Sci (Paris)*, 24, 5-6.
- Bichsel, N., & Conus, P. (2017). [Stigmatisation : a widespread problem with multiple consequences]. *Rev Med Suisse*, 13(551), 478-481.
- Bühler, N. (2018). *Désir d'enfant ou devoir d'enfant? Fertilité et famille entre nature et culture*. (Module 3). Genève:HES-SO, Haute école de travail social
- CHIWOS, Etude sur la santé sexuelle des femmes vivant avec VIH au Canada. (2013). Consulté le 20 juillet 2019 sur http://www.chiwos.ca/chiwos-study/?doing_wp_cron=1558948402.5456891059875488281250&lang=fr
- CHIWOS. (2019). Trends and Determinants of Discussing Reproductive Goals with Healthcare Providers Among Women Living with HIV in Canada: Preliminary Findings. Consulté le 20 juillet 2019 sur http://www.chiwos.ca/wp-content/uploads/2019/05/NAPCRG-2018_Reproductive-Discussions-poster_Skerritt_FINAL-1.pdf
- Chung, D., Ferro Luzzi, E., Bettoli Musy, L., & Narring, F. (2015). [Contraception and abortion: an update in 2015]. *Rev Med Suisse*, 11(487), 1744-1749.
- Cicconi, P., Monforte, A., Castagna, A., Quirino, T., Alessandrini, A., Gargiulo, M., . . . Didi Study, G. (2013). Inconsistent condom use among HIV-positive women in the "Treatment as Prevention Era": data from the Italian DIDI study. *J Int AIDS Soc*, 16, 18591. doi:10.7448/IAS.16.1.18591
- Code pénal suisse (interruption de grossesse) : modification du 23 mars 2001 (RO 2002 2989), (art. 118 à 120). Consulté le 16 juillet 2019 sur <https://www.admin.ch/ch/f/as/2002/2989.pdf>
- Desclaux, A. M., P; Sow, K. (2012). Les femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud. Genre et accès universel à la prise en charge. *Genre, sexualité & société*, 14.
- Directives concernant l'application de la loi sur les prestations complémentaires cantonales pour familles et les prestations cantonales de la rente-pont et de son règlement (DPCFam) (2013). Consulté le 20 juillet sur https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/dsas/cd/fichiers_pdf/DPCFam_DSAS_2013.pdf
- Favier, C. (2014). Les combats féministes dans le champ de la santé. [Feminist Struggles in the Health Field]. *Les Tribunes de la santé*, 44(3), 25-34. doi:10.3917/seve.044.0025
- Gérand, C. (2019, Juillet). Abidjan se mobilise contre le sida, Supplément. *Le Monde Diplomatique*, pp. I-III.
- Giami, A., & Spencer, B. (2004). Les objets techniques de la sexualité et l'organisation des rapports de genre dans l'activité sexuelle : contraceptifs oraux, préservatifs et traitement des troubles sexuels. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 52(4), 377-387. doi:[https://doi.org/10.1016/S0398-7620\(04\)99067-0](https://doi.org/10.1016/S0398-7620(04)99067-0)
- Goffman, E. (1975). *Stigmate: les usages sociaux des handicaps*: Les Éditions de Minuit.
- Gokhale, R. H., Bradley, H., & Weiser, J. (2017). Reproductive health counseling delivered to women living with HIV in the United States. *AIDS Care*, 29(7), 928-935. doi:10.1080/09540121.2017.1280125
- Gruskin, S., Ferguson, L., & O'Malley, J. (2007). Ensuring sexual and reproductive health for people living with HIV: an overview of key human rights, policy and health systems issues. *Reprod Health Matters*, 15(29 Suppl), 4-26. doi:10.1016/S0968-8080(07)29028-7
- Guide d'assistance Etablissement Vaudois d'Accueil des Migrants (EVAM) (2017). Consulté le 20 juillet 2019 sur https://www.evam.ch/fileadmin/user_upload/Guide_d_assistance_EVAM.pdf
- Haberlen, S. A., Narasimhan, M., Beres, L. K., & Kennedy, C. E. (2017). Integration of Family Planning Services into HIV Care and Treatment Services: A Systematic Review. *Stud Fam Plann*, 48(2), 153-177. doi:10.1111/sifp.12018
- Heard, I., Sitta, R., Lert, F., & Group, V. S. (2007). Reproductive choice in men and women living with HIV: evidence from a large representative sample of outpatients attending French hospitals (ANRS-EN12-VESPA Study). *AIDS*, 21 Suppl 1, S77-82. doi:10.1097/01.aids.0000255089.44297.6f

- Ho, S. S., & Holloway, A. (2016). The impact of HIV-related stigma on the lives of HIV-positive women: an integrated literature review. *J Clin Nurs*, 25(1-2), 8-19. doi:10.1111/jocn.12938
- IPPF. International Planned Parenthood Federation. Déclaration des droits sexuels de l'IPPF. (2008). Consulté le 4 juillet 2019 sur https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_sexual_rights_declaration_french.pdf
- Kahlert, C., Aebi-Popp, K., Bernasconi, E., Martinez de Tejada, B., Nadal, D., Paioni, P., . . . Vernazza, P. (2018). Is breastfeeding an equipoise option in effectively treated HIV-infected mothers in a high-income setting? *Swiss Med Wkly*, 148, w14648. doi:10.4414/sm.w.2018.14648
- Keiser, O., Martinez de Tejada, B., Wunder, D., Chapuis-Taillard, C., Zellweger, C., Zinkernagel, A. S., . . . Rickenbach, M. (2006). Frequency of gynecologic follow-up and cervical cancer screening in the Swiss HIV cohort study. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 43(5), 550-555. doi:10.1097/01.qai.0000245884.66509.7a
- Koutaisoff, D., Amiguet, M., Bize, R. (2015). Cartographie et analyse des données disponibles pour estimer le nombre de préservatifs écoulés sur le marché suisse en une année. *Raisons de santé*, 258, 93.
- Kuzoe-Liengme, B., Hirschel, B., & Schiffer, V. (2010). [Swiss statements: a two-year follow-up]. *Rev Med Suisse*, 6(243), 714-718, 720.
- Maraux, B., Hamelin, C., Bajos, N., Dray-Spira, R., Spire, B., Lert, F., & Vespa2 study, g. (2015). Women living with HIV still lack highly effective contraception: results from the ANRS VESPA2 study, France, 2011. *Contraception*, 92(2), 160-169. doi:10.1016/j.contraception.2015.04.010
- Marsicano, E., Dray-Spira, R., Lert, F., Aubriere, C., Spire, B., Hamelin, C., & group, A. N.-V. s. (2014). Multiple discriminations experienced by people living with HIV in France: results from the ANRS-Vespa2 study. *AIDS Care*, 26 Suppl 1, S97-S106. doi:10.1080/09540121.2014.907385
- Maurisse, M. (2018). La symptothermie ou le retour à la contraception naturelle. *Le Temps*.
- Nostlinger, C., Rojas Castro, D., Platteau, T., Dias, S., & Le Gall, J. (2014). HIV-Related discrimination in European health care settings. *AIDS Patient Care STDS*, 28(3), 155-161. doi:10.1089/apc.2013.0247
- OMS. (2019). OMS, Thème de santé, contraception.
- Parker, R., & Aggleton, P. (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Soc Sci Med*, 57(1), 13-24.
- Patel, R. C., Bukusi, E. A., & Baeten, J. M. (2018). Current and future contraceptive options for women living with HIV. *Expert Opin Pharmacother*, 19(1), 1-12. doi:10.1080/14656566.2017.1378345
- Revenu d'insertion (RI) normes. (2017). Consulté le 20 juillet 2019 sur https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/dsas/spas/fichiers_pdf/Normes_RI_2018_v2_01.10.2018.pdf
- Robichaud, I. (2017). *Femmes, VIH et stigmatisation structurelle: des récits d'expérience comme levier pour l'intervention sociale* (Maîtrise en travail social), Université du Québec à Montréal,
- Santé Sexuelle Suisse: *Contraception, quel accès pour les requérant-e-s d'asile? Rapport de l'enquête menée en 2016 auprès des cantons et du Secrétariat d'Etat aux migrations SEM*. (2016). Consulté le 15 juillet 2019 de https://www.sante-sexuelle.ch/wp-content/uploads/2017/05/2017_Rapport_Requerants-Asile_Acces_Contraception.pdf
- Schonnesson, L. N., Zeluf, G., Garcia-Huidobro, D., Ross, M. W., Eriksson, L. E., & Ekstrom, A. M. (2018). Sexual (Dis)satisfaction and Its Contributors Among People Living with HIV Infection in Sweden. *Arch Sex Behav*, 47(7), 2007-2026. doi:10.1007/s10508-017-1106-2
- Squires, K. E., Hodder, S. L., Feinberg, J., Bridge, D. A., Abrams, S., Storfer, S. P., & Aberg, J. A. (2011). Health needs of HIV-infected women in the United States: insights from the women living positive survey. *AIDS Patient Care STDS*, 25(5), 279-285. doi:10.1089/apc.2010.0228
- Thomé, C. (2016). D'un objet d'hommes à une responsabilité de femmes. Entre sexualité, santé et genre, analyser la métamorphose du préservatif masculin. [From a male device to a female responsibility]. *Sociétés contemporaines*, 104(4), 67-94. doi:10.3917/soco.104.0067
- Walder-Lamas, A. (2018). *Le conseil en contraception*. (Module 3). Genève: HES-SO:Haute école de travail social
- Zash, R., Holmes, L., Diseko, M., Jacobson, D. L., Brummel, S., Mayondi, G., . . . Shapiro, R. L. (2019). Neural-Tube Defects and Antiretroviral Treatment Regimens in Botswana. *N Engl J Med*. doi:10.1056/NEJMoal905230