

# **La non-utilisation du traitement comme prévention au VIH par les femmes africaines (FemiPrEP).**

Accès aux soins en santé sexuelle, CPAM, 23 juin 2021

**Sarah Demart**

Sociologue, Observatoire du sida et des sexualités /ULB

**Emilie Gérard**

Chargée de projet, Plateforme Prévention Sida)

## **Introduction**

Dans le cadre de cette communication, nous voulons vous parler de la non utilisation de la PrEP, la prophylaxie Pré-Exposition au VIH, par les femmes africaines.

La PrEP consiste en la prise d'un traitement antirétroviral de manière préventive qui réduit quasiment à zéro, le risque de contamination dans le cadre d'une exposition au VIH, lors de rapports sexuels non protégés par exemple. Cet outil élargit l'offre de prévention et rentre dans le cadre de ce qu'on appelle la prévention combinée.

En ce qui concerne les femmes, la PrEP offre la possibilité de se protéger du VIH sans obtenir au préalable le consentement de son partenaire. Ce qui constitue un tournant dans l'histoire de l'épidémie du VIH/sida.

Plus de 98% des utilisateurs sont des hommes, et des hommes ayant des rapports sexuels entre hommes. Les femmes, et notamment les femmes africaines qui constituent le second groupe le plus touché par l'épidémie, ne l'utilisent pas.

Dans le cadre de notre recherche-action (FemiPrEP), menée en partenariat entre la Plateforme de Prévention Sida et l'Observatoire du sida et des sexualités, on cherche à mettre à jour les facteurs individuels mais aussi institutionnels et structurels, qui expliquent le fait que les femmes n'utilisent pas la PrEP, ou plus exactement qu'elles soient absentes de ce dispositif de prévention.

On parle de dispositif de prévention, et non pas simplement d'outil de prévention, de manière à prendre en compte tout ce qui entoure, facilite ou contraint l'accès et la prise de ce traitement.

Les réflexions et résultats que l'on vous présente ici sont très préliminaires car il s'agit d'une recherche en cours (avril 2020- décembre 2021). Vu le temps imparti, et le cadre général ( la construction d'un plaidoyer commun en santé sexuelle), on se concentrera sur le dispositif institutionnel de délivrance de la PrEP. On n'abordera donc pas ici le point de vue des acteurs concernés (qu'il s'agisse des femmes ou des acteurs associatifs ou des soignants).

## **L'accessibilité de la PrEP**

Sur le site de l'INAMI, on peut lire QUE depuis 2017 le remboursement de la PrEP constitue un nouveau « moyen de prévention ». Pas seulement la PrEP donc, le remboursement de la PrEP.

Cependant, le remboursement de la PrEP est conditionné au fait d'avoir une mutuelle en ordre. Ce qui n'est pas le cas pour une partie de la population, en particulier pour les migrants. Or, l'INAMI ne mentionne pas les migrantes, ni les femmes d'ascendance africaine, comme un groupe prioritaire, alors qu'il l'est du point de vue de la prévention au VIH.

Les groupes ciblés et identifiés comme prioritaires par l'INAMI sont: les HSH (hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes), les injecteurs de drogues (« échangeant des seringues »), les travailleurs du sexe (« personnes travaillant dans la prostitution ») ou les partenaires d'un patient séropositif (« nouvellement sous traitement ou pas de suppression virale avec un traitement adéquat »).

La seule catégorie dans laquelle les migrants pourraient être repris est celle des « personnes exposées de manière générale à des pratiques sexuelles non protégées avec un haut risque d'infection par le HIV ». Donc pas de référence aux migrants.

Pourtant, on sait depuis plusieurs années maintenant que plus de 40% des infections chez les migrants africains, ont lieu à leur arrivée en Belgique (ou en Europe) ET que c'est la précarité des conditions juridiques et matérielles qui favorisent l'exposition au VIH (une transaction sexuelle pour un hébergement, par exemple).

Les CPAS qui délivrent l'AMU (l'aide médicale urgente) n'autorisent pas nécessairement le remboursement de la PrEP. Nous avons déjà connaissance de plusieurs refus de la part des CPAS et des centres d'accueil de Fedasil (personnes qui vivent dans les centres ou vivent hors des centres mais dépendent de Fedasil), mais les critères ne sont pas transparents NI homogènes entre les CPAS,.

De plus, les possibilités de recours, existantes, sont généralement peu connues et les procédures, longues. Donc au niveau de l'accessibilité administrative et financière, on peut dire qu'il y a déjà un fameux blocage.

### ***Dans les centres de références sida et la biomédicalisation de la santé sexuelle***

Concernant maintenant l'accessibilité physique de la PrEP. Les seuls lieux de délivrance sont les centres de référence VIH, c'est-à-dire les services d'infectiologie spécialisés dans la prise en charge du VIH/sida. Cette médicalisation de la prévention pose un certain nombre de problèmes pratiques :

- ▷ d'abord dans le rapprochement entre la « prévention au VIH » et le « suivi des personnes vivant avec le VIH », ce qui peut renvoyer à toute une série de stigmates et de craintes dans les milieux africains.
- ▷ ensuite dans le suivi lui-même: lors de la première consultation, le médecin établit un bilan médical (examen clinique, recherche de signes de primo-infection, inventaire des

traitements éventuels...), un dépistage (VIH, hépatites B et C, IST,...) et fait le point sur les pratiques sexuelles (régularité des rapports, planification des rapports à l'avance, les prises de risques...) avant de décider si une PrEP doit être prescrite et comment.

Cette biomédicalisation oblige à une mise en discours de soi, de sa sexualité et de ses prises de risque. L'exercice peut apparaître intrusif, gênant et il peut constituer une barrière. On pourrait presque parler d'une barrière culturelle pas tant au sens de la culture africaine versus européenne, mais au sens d'une sous-culture formée par la socialisation dans des milieux socio-sexuels qui facilitent la maîtrise d'un discours sur ses pratiques sexuelles (ce qui est le cas dans les milieux HSH qui sont les principaux utilisateurs de la PrEP).

Un cas nous a par exemple été rapporté d'une personne qui n'a pas pu franchir cette étape. Alors qu'elle avait fait la démarche de venir jusqu'à un Centre de Référence VIH, qu'elle avait apparemment une mutuelle, elle n'a pas pu "prouver" qu'elle était suffisamment "à risques". Elle n'avait pas les mots pour l'exprimer.

C'est donc un processus de délivrance relativement contraignant (voire inaccessible) pour un public qui n'a par ailleurs, pas forcément un rapport évident aux institutions et aux questionnaires. C'est aussi un processus long pour un public qui peut être mobile, ou dans des situations d'urgence.

Il existe au niveau associatif, des initiatives pour contourner ces obstacles et délivrer la PrEP hors les murs (auprès des travailleurs du sexe migrants, par ex.) mais elles ne touchent pas le public migrant hétérosexuel, originaire d'Afrique subsaharienne.

### **Parmi les recommandations que nous voulons faire**

#### **Au niveau du remboursement:**

- Compiler les refus de remboursement et connaître les avis motivés de Fedasil et des CPAS
- Repenser les catégories de remboursement
- Reconnaître la migration comme un facteur de risque.
- fournir des critères homogènes et transparents pour une prise en charge de la PrEP par l'AMU

#### **Au niveau des lieux de délivrance de la PrEP:**

- Permettre la délocalisation de la PrEP : associations communautaires et de prévention/promotion de la santé sexuelle , plannings familiaux, maisons médicales, gynécologues et médecins généralistes.
- Inscrire la PrEP dans une réflexion globale sur la nécessité d'un espace dédié à la santé sexuelle au féminin.

#### **Au niveau du plaidoyer:**

- Impliquer les femmes concernées dans la construction du plaidoyer qui les concerne.

- Situer la question de l'accès à la PrEP dans une approche plus globale de la santé prenant en compte les déterminants basés sur le genre, la race et la classe que l'on n'a pas le temps de développer ici.