

Synthèse

mercredi 5 octobre 2016 14:27

Avec 26 COREVIH représentés, plus de 200 inscrits, quasiment la moitié d'acteurs associatifs, je me demande toujours pourquoi cette journée des COREVIH ne s'appelle plus journée des COREVIH. Bien que l'impression générale soit celle d'une ouverture future des COREVIH vers d'autres problématiques que le VIH, **notre matinée a été très centrée sur la question du VIH, avec un poids central de la question historique. Laurent Visier** a synthétisé, à travers le regard du sociologue, les 4 grandes modifications de la relation de la société à la maladie et au malade : l'introduction d'une **morale de santé publique** (interdiction pub préservatif --> Promotion du dit préservatif), la **sortie d'une relation soignant/soigné infantilisante**, l'**émergence de la démocratie sanitaire**, qui s'est vue concrétisée par la loi de 2002 et la **reconnaissance des particularités d'une santé communautaire**. On peut dire que le VIH a accompagné l'émergence d'une pensée moderne sur la maladie, et je retiens la pensée de Foucault, pour "essayer d'arracher les sujets au pouvoir normatif et coercitif de l'institution".

Si les acteurs communautaires de la lutte contre le sida ont été des éléments moteur essentiels, **Bruno rSpire** nous a montré qu'anticiper, accompagner ou suivre les évolutions de cette pathologie ne s'est pas fait sans douleur et sans difficultés pour les acteurs communautaires. La question de la **réduction des risques** (qu'ils soient sexuels ou liés aux pratiques d'injection), venue se substituer à l'attitude tout préservatif à l'aune des nouvelles connaissances scientifiques, ha été une question centrale et un sujet de conflit inter associatif et avec les institutions. Cette question de réduction des risques évolue aujourd'hui dans une dimension beaucoup plus large, **avec l'intégration d'une dimension plaisir**, qui a manqué jusqu'à aujourd'hui dans la **promotion du bien-être sexuel**. De son côté, **Gabriel Girard** a insisté sur le **caractère évolutif de la parole associative**, influencée par son environnement : on imagine bien que cette parole a dû évoluer entre le temps de "l'impuissance médicale", ou la sidération était partagée entre soignants, malades et entourage, à une parole révoltée, correspondant au temps de l'impatience et de la colère, devant des attitudes de rejets, plus rejet des pratiques que de la pathologie elle-même. **Plus récemment, la place plus médicale des nouveaux outils de prévention (TasP et PrEP), vient redéfinir les normes relationnelles entre les acteurs**. Gabriel Girard a terminé son exposé sur la question des inégalités sociales de santé, qui est un axe important du plan "Paris sans Sida" qui nous a été présenté par **France Lert**. Les **4 groupes à haut risques identifiés, HSH, migrants, transgenres et travailleurs sexuels sont au centre de la politique de prévention à mettre en place**. Une urgence existe, avec des objectifs à court terme, j'ai retenu : avoir un impact mesurable en 2020 et arriver aux trois objectifs 90 en 2030, ainsi qu'à l'absence du VIH/Sida en terme de problématique de santé publique. La question de la reproductibilité du modèle ailleurs qu'à Paris est posée, avec la nécessité de répondre par des approches régionales à des problématiques régionales (on pense aux Départements ultramarins...).

Au cours du débat, émergent plusieurs questions :

- La question de la **complémentarité dans les approches entre monde associatif et médical**, avec l'impression pour certains d'une forme de **mise à l'écart des soignants** (cela ne se résume pas aux médecins) dans ce bilan des 30 années du Sida.
- La question des communautés, et du **rejet du communautarisme** dans la société française, est un axe de réflexion important
- L'introduction assez récente d'une **dimension financière et administrative** dans le dialogue bilatéral soignants/soignés amène un modèle triangulaire qu'il faut apprendre à gérer

Ateliers

Atelier CeGIDD: l'impression globale est que la réforme de mise en place de CeGIDD a été l'occasion de passer d'un dépistage de quantité à un dépistage de qualité, qui va bien au delà du simple dépistage. Il a également permis, à travers les expérimentations proposées à la discussion, un rapprochement (je n'ose pas dire d'une fusion) entre les acteurs communautaires et les soignants, si bien que l'on en vient à se demander s'il ne va pas falloir redéfinir le terme de Soignants dans les années à venir...

Atelier Femmes: ou il n'y avait presque que des femmes... les expériences présentées montrent que l'on peut vraiment aller vers un empowerment de qualité à partir du moment où l'on donne aux femmes les bonnes conditions pour se saisir des questions de leur sexualité; qu'un travail commun entre CeGIDD et Plannings est nécessaire pour avoir une approche spécialisée du public femmes. Replacer la prévention dans son contexte social et culturel, dans une démarche d'éducation populaire, permet aux femmes de se saisir des questions autour de la prévention et de valoriser les stratégies de RdR, d'entrer dans des démarches de solidarité intra groupe et de dynamique de prévention.

Ont par ailleurs été identifiées des difficultés pour les médecins de proposer une Cs de sexologie aux femmes.

La précarité reste un élément essentiel limitant l'accès à la prévention, que ce soit pour les femmes ou pour les hommes migrants qui voient la question de leur sexualité traitée qu'à parti des violences faites aux femmes.

Quelques enjeux à court terme: disposer de professionnels compétent sur la santé des femmes, et mettre en place une réflexion et une pression pour l'accès de la PrEP aux femmes, avec un rôle central des communautaires pour définir les femmes les plus à même d'en bénéficier.

Atelier Reconnaissance des compétences et impact des représentations

Pas de médecin dans la salle...

Importance du travail de réseau et de l'interdisciplinarité, importance de disposer de personnel de médiation, le médiateur pouvant être l'interface qu'il manque parfois entre le soignant et le patient. Organiser les équipes au service de la personne est également essentiel.

Quatre éléments ressortent : aller de la pluridisciplinarité vers la transdisciplinarités, avoir les compétences en entretien motivationnel et en écoute active, décloisonner entre acteurs et avoir une meilleure connaissance des compétences mutuelles. Question concernant la mise en lien et l'accompagnement : faut-il des professionnels, ou l'ensemble de l'équipe doit elle être compétente.

PrEP

L'après l'pergay permet de montrer que la mobilisation des associations est encore importante, avec une montée en charge progressive mais significative de l'accès à la PrEP, avec 109 sites PrEP en France. Quatre types d'accompagnement peuvent être observés : **communautaire** sur le site de l'hôpital: Accompagnement plutôt **médicaux +/- ETP**, et parfois **psy**. Certains endroits **sans accompagnements**. On évoque la perspective de PreP hors les murs , de même que la possibilité d'un accompagnement à distance (comme en Thaïlande). A travers les interventions dans l'ateliers, on voit qu'une co-construction hôpital/asso est possible, et qu'il est parfois nécessaire d'élargir les réseaux de compétences, avec les addictologues notamment. L'association soignants/asso peut être une valeur ajoutée pour promouvoir ces actions.

A travers tous les ateliers, sont soulevées les questions : pourrons nous faire face aux montées en charge, qui va payer (**et personne ne semble se poser la question de savoir comment modifier les pratiques pour que le coût global reste identique...**)

Tout mettre au niveau du VIH en terme d'avancée de démocratie sanitaire et de lutte contre les discriminations est un peu osé, car le combat a commencé plus tôt, plus tôt même que le combat pour la liberté de l'avortement des années 1970 cité ce matin. En guise de conclusion, je vous propose un texte datant de 1920 de Louise Bodin, *infirmière et suffragette concernant la pénalisation de la contraception et de l'avortement qui venait d'être votée à l'époque (et dont je rappelle qu'elle est d'actualité en Irlande ou en Pologne)*. Ce texte explique pourquoi l'unité de consultation dédiée au VIH au CHU de Rennes porte son nom (on avait hésité avec Freddy Mercury mais c'était compliqué en terme de droits): Son texte « *C'est la femme du peuple, la femme de l'ouvrier qu'on veut atteindre. Celle-là restera dans l'ignorance et dans l'impossibilité de limiter le nombre de ses enfants. Les cabarets sont ouverts pour son homme, mais les cabinets médicaux lui sont fermés. Elle croupira dans des taudis sans air, sans lumière et sans eau : qu'importe, elle aura ...des gosses... Si elle en perd six, elle en aura douze. Elle y crèvera : mais elle aura des gosses ! Et voilà comment la prison sociale de la femme a été pourvue d'un verrou de plus* ». Acteurs de la lutte contre le sida, ayons donc un peu d'humilité quand à notre participation à l'Histoire avec un grand H, et travaillons à la question des inégalités sociales de santé, qui même en France, restent majeures.

Merci