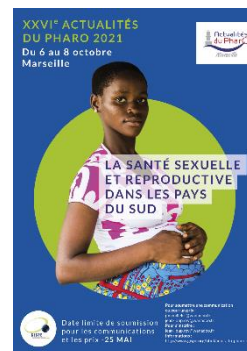


Actualités du Pharo 2021 Mercredi 6 octobre

Session 1 – Santé sexuelle et reproductive

Conférences invitées

- Aurélie GAL-REGNIEZ & Fatou SOW
- Nelly STADERINI
- Paul BLOEM
- Claire TANTET
- Sébastien MADZOU



Président de Session – **Marc GENTILINI**

Professeur émérite des maladies infectieuses et tropicales (la Pitié-Salpêtrière, Paris), Marc Gentilini est Président honoraire de l'Académie de médecine et Président national honoraire de la Croix-Rouge française. Il a siégé au Conseil Economique, Social et Environnemental (CESE) et à la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme (CNCDH). Il est en outre délégué général pour l'accès à une santé et des médicaments de qualité à la Fondation Chirac et, à ce titre, engagé dans la lutte contre les faux médicaments.

Mercredi 6 octobre – 15h00-15h30

Aurélien GAL-REGNIEZ

aurelie.gal_regniez@equipop.org

Aurélien Gal-Régniez a travaillé pendant les vingt dernières années au sein d'Equipop, organisation de solidarité internationale, à promouvoir la santé des femmes dans le monde, leurs droits et leur autonomisation en combinant plaidoyer politique, mobilisation sociale et interventions socio-sanitaires. En tant que responsable de programmes, elle a piloté des dynamiques multi-actrices sur des enjeux comme la promotion des droits sexuels et la santé de la procréation des adolescentes, l'intégration de l'approche genre dans la lutte contre le VIH, la lutte contre les violences sexuelles, l'éducation complète à la sexualité, l'accompagnement de l'engagement des jeunes ou la promotion de politiques publiques féministes. Elle enseigne dans différents masters et a collaboré avec plusieurs instituts de recherche. Depuis 2015, elle occupe le poste de directrice et s'attache à accompagner les transformations de la structure guidée par des valeurs et principes féministes. Sensible à l'interdisciplinarité et aux approches systémiques, elle a le souci de contribuer aux changements sociaux via l'action collective.

Fatou SOW

fatousow.dakar@gmail.com

Sociologue sénégalaise, Fatou Sow est titulaire d'un doctorat (Université Paris-Sorbonne) et d'une Habilitation à diriger des recherches (Université Paris-Diderot). Elle a mené sa carrière de recherche au Centre national de la recherche scientifique (France), en poste d'abord à l'IFAN de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar (1966-1998), puis au Laboratoire SEDET de l'Université Denis-Diderot (1998-2007). Ses premières recherches ont porté sur divers aspects de la sociologie africaine (État et administration, urbanisation, migration, environnement, sexualité et santé de la reproduction, etc.). Fatou Sow s'est progressivement spécialisée, à partir des années 1980-1990, en études des femmes et genre dans les cultures africaines. Elle s'est attachée à enraciner une critique féministe des sciences sociales en Afrique. Outre ses recherches et enseignements au Sénégal et en France, Fatou Sow a collaboré avec plusieurs institutions académiques en Afrique, aux États-Unis et au Canada. Fatou Sow a été membre de plusieurs organisations scientifiques, culturelles et féministes nationales, africaines et internationales dont l'Association des Chercheurs Sénégalais ; le Conseil pour le développement de la recherche en sciences sociales en Afrique (Codesria) ; le Réseau de recherche sur la Santé de la Reproduction en Afrique francophone ; le Development Alternatives with Women for a New (dawn) ; le Réseau international de solidarité Women Living Under Muslim Laws (WLUML) ; le Groupe de recherche sur les Femmes et les Lois au Sénégal (GREFELS) ; le Comité scientifique du Musée de la Femme Henriette Bathily (MUFEM) ; etc.

Droits à la santé sexuelle et reproductive : généalogie d'un concept et défis actuels

Mots-clés : DSSR, sexualité, droits humains, santé, procréation

Les droits et la santé sexuels et reproductifs (DSSR) sont « les droits de toute personne de prendre des décisions libres, informées et responsables et d'exercer un contrôle entier sur les aspects élémentaires de sa vie privée - corps, sexualité, santé, relations avec autrui, liberté de se marier ou non, d'avoir ou non des enfants, et le cas échéant, choix du moment et du partenaire - sans s'exposer à quelle que forme de discrimination, de stigmatisation, de contrainte ou de violence que ce soit. Ceci recouvre le droit de jouir de sa propre sexualité et de l'exprimer, de pouvoir - sans ingérence extérieure - prendre des décisions personnelles concernant sa sexualité et la procréation, ainsi que d'avoir accès à l'information, à l'éducation et aux services en matière de santé sexuelle et procréative ».¹ Le concept de DSSR, largement mobilisé aujourd'hui, s'est formalisé à partir du dernier quart du XXème siècle sous l'influence d'une pluralité d'actrices et d'acteurs animés par des préoccupations féministes, sanitaires ou politiques. En rupture avec les approches de contrôle démographique et dépassant le cadre exclusif de la santé maternelle, il entérine finalement la possibilité de dissociation entre sexualité et fécondité. D'un point de vue de santé publique, les DSSR envisagent l'individu dans son cycle de vie, en considérant un ensemble de problématiques (de la maternité aux cancers gynécologiques en passant par la prévention du VIH ou encore le traitement de l'infécondité) sous l'angle aussi bien de l'accès aux soins que de l'accès à l'information, l'éducation à la sexualité en étant un élément important. Mais les DSSR mettent surtout l'accent sur les droits humains tout en visibilisant les liens entre santé et inégalités de genre dans nos sociétés patriarcales. Réifiés au rang de norme internationale, grâce notamment au Programme d'Action du Caire de 1994 puis à celui de Pékin en 1995, les DSSR ont dès lors été appropriés ou détournés, défendus ou combattus. Plus de 25 ans après l'établissement de ces fiches de route internationales, où en sommes-nous de leur mise en œuvre ? Quelle place pour les revendications des femmes et pour les pensées féministes dans le champ de la santé ? Pourquoi est-il toujours légitime de se poser la question : « A qui appartient le corps des femmes » ? Quels sont les contours de ce questionnement dans des régions comme l'Afrique de l'Ouest francophone ? En quoi est-il crucial d'intégrer plus fortement les énonciations des mouvements féministes sur ces questions pour renouveler les approches de promotion des DSSR ?

¹ Définition des DSSR par le groupe de travail de haut niveau pour la CIPD, 2013

Mercredi 6 octobre – 15h30-16h00

Nelly STADERINI

nelly.staderini@geneva.msf.org

Nelly Staderini est une sage-femme française diplômée en santé publique. Elle a passé des années sur le terrain dans divers contextes humanitaires dont l'Afghanistan, le Pakistan, le Tchad et le Burundi. Depuis 10 ans elle travaille au siège de MSF Suisse comme référente en santé sexuelle et reproductive et sur les questions de violence sexuelle. Depuis deux ans elle coordonne également l'unité de la santé des femmes et enfants au département médical.

Elle a publié plusieurs articles et livres, notamment sur les accoucheuses traditionnelles et en ce moment elle s'occupe de l'élaboration des stratégies d'intervention de MSF qui fait de l'autogestion de la santé une priorité médicale, et l'accès à l'avortement un axe important.

La santé des femmes en situation de conflit : du paternalisme vers une maïeutique humanitaire.

Changement de paradigme ?

Mots-clés : santé, femmes, innovation, autonomisation, autogestion

MSF a 50 ans. 50 ans d'action dans l'urgence et auprès de populations dites vulnérables. La santé des femmes y occupe une grande partie avec notamment plus de 300 000 accouchements assistés annuellement.

Au-delà du suivi de grossesses et de la période du post-partum, MSF met un accent particulier sur l'offre de contraception, et la gestion des avortements et de leurs complications. Un investissement

plus récent s'est fait sur la prévention du cancer du col de l'utérus et sur les maladies sexuellement transmissibles au-delà du VIH.

En dehors d'un élargissement de son offre de soin, MSF s'est adapté aux contraintes d'accès aux populations en développant de nouvelles approches centrées sur les patients.

Les difficultés d'accès aux soins, la simplification de certains outils diagnostiques et autres protocoles de prise en charge permettent actuellement de nouveaux modèles de soins, les rendant potentiellement plus accessibles comme l'auto-gestion.

Elle peut désigner la prise d'une pilule contraceptive, la palpation de la poitrine à la recherche de grosseurs, le diagnostic d'une grossesse en cours ou la prise en charge d'un avortement. C'est aussi effectuer son propre dépistage du cancer du col de l'utérus via l'auto-prélèvement pour le test du papillomavirus humain ou autotest salivaire à domicile pour le VIH.

Avec le soutien nécessaire de personnes expérimentées, l'auto-prise en charge permet aux populations de reprendre le contrôle de leur santé. Et surtout, elle repose sur des méthodes fiables et favorables au bien-être des populations.

Pour les femmes et jeunes filles qui ne peuvent accéder facilement aux soins, l'auto-prise en charge, pratiquée avec ou sans l'assistance d'un professionnel de santé, peut les aider à rester en bonne santé et savoir comment s'informer sur les questions de santé auprès d'une personne de confiance ou sur une application numérique.

Ces nouvelles perspectives transforment les relations soignants-patients et vont vers plus d'autonomie dans les soins tout en garantissant une qualité similaire. Une perspective bienvenue pour les femmes. Pour effectuer ce changement de paradigme, la formation du personnel soignant, ainsi que le transfert de savoir et de compétences aux femmes est nécessaire. Faire confiance aux populations et mettre à disposition une offre de soin plus proche de la communauté est le défi à relever aujourd'hui pour répondre aux enjeux humanitaires de demain.

Mercredi 6 octobre – 16h30-16h50

Paul BLOEM

bloemp@who.int

Paul Bloem est spécialisé en santé publique et titulaire d'un MBA en gestion des systèmes de santé (Keele University). Après avoir travaillé dans la recherche en santé publique dans son pays natal, les Pays-Bas, il a joint une ONG au Costa Rica dans le cadre de la prévention du choléra et a ensuite travaillé pour le bureau d'Amérique Centrale de l'UNICEF au Guatemala. Il a rejoint l'Organisation Mondiale de la Santé en 1996 où il a longtemps contribué à l'amélioration de la santé des adolescents, à travers la promotion de la santé et la qualité des soins aux adolescents. En 2012, il a rejoint le département IVB pour se consacrer à la vaccination contre le VPH et à son intégration à la santé des adolescents. Il est actuellement le responsable du vaccin contre le VPH à l'OMS à Genève, soutenant l'établissement de normes et de standards sur la vaccination contre le VPH par le biais de SAGE et développant des matériaux de références techniques. Il fournit un soutien technique pour l'introduction du vaccin anti-papillomavirus dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et a réalisé des évaluations de programmes dans toutes les régions. Membre du HPV SUBTEAM de GAVI qui conseille GAVI sur la mise en œuvre de son programme HPV. Au sein du Secrétariat de la Stratégie mondiale pour l'élimination du cancer du col de l'utérus, il soutient la prévention primaire par la vaccination contre le VPH.

Stratégie mondiale d'élimination du cancer du col de l'utérus : opportunités et défis pour la vaccination HPV

Mots-clés : stratégie, élimination, vaccination, HPV

Le cancer du col de l'utérus est une maladie évitable. Il est également guérissable s'il est détecté tôt et traité de manière adéquate. Pourtant, il reste l'un des cancers et l'une des causes de décès liés au cancer les plus fréquents chez les femmes du monde entier.

Le nombre annuel de nouveaux cas de cancer du col de l'utérus devrait passer de 570 000 à 700 000 entre 2018 et 2030, et le nombre annuel de décès devrait passer de 311 000 à 400 000. Plus de 85 % des personnes touchées sont des femmes jeunes et sous-éduquées qui vivent dans les pays les plus

pauvres du monde. Beaucoup sont également mères de jeunes enfants dont la survie est ensuite tronquée par le décès prématuré de leur mère (1).

Peu de maladies reflètent autant les inégalités mondiales que le cancer du col de l'utérus. Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, son incidence est presque deux fois plus élevée et ses taux de mortalité trois fois plus élevés que dans les pays à revenu élevé. Il existe des mesures éprouvées et rentables pour éliminer le cancer du col de l'utérus, mais à ce jour, elles n'ont pas été largement mises en œuvre dans les régions du monde où la charge de la maladie est la plus élevée. Pour une efficacité optimale, ces mesures doivent être adaptées au niveau national et mises en œuvre au moyen de plates-formes de services de santé sensibles aux besoins des femmes, à leur situation sociale et aux besoins des femmes, à leur situation sociale et aux obstacles personnels, culturels, sociaux, structurels et économiques qui entravent leur accès aux services de santé.

Il est essentiel que les services de santé soient intégrés et centrés sur les personnes, et qu'ils respectent et défendent les droits et la dignité des femmes. Une action urgente et audacieuse est nécessaire pour intensifier et pérenniser la mise en œuvre des interventions fondées sur des données probantes (vaccination contre le papillomavirus humain (HPV), dépistage du cancer du col de l'utérus et prise en charge de la maladie détectée) afin d'éliminer le cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique, mais cette action doit être stratégique.

Cette stratégie mondiale d'élimination du cancer du col de l'utérus propose :

- une vision d'un monde où le cancer du col de l'utérus est éliminé en tant que problème de santé publique ;
- un seuil de 4 pour 100 000 années-femmes pour l'élimination en tant que problème de santé publique ;
- les objectifs 90-70-90 suivants, qui doivent être atteints d'ici 2030 pour que les pays soient sur la voie de l'élimination du cancer du col de l'utérus

Les tendances en matière d'introduction du vaccin contre le VPH dans le monde au cours des dernières années et les perspectives pour la prochaine décennie, ainsi que les progrès et les défis liés à l'obtention d'une couverture élevée seront au cœur de cette présentation.

Mercredi 6 octobre – 16h50-17h10

Claire TANTET

claire.tantet@aphp.fr

Médecin infectiologue à l'hôpital Avicenne et à l'hôpital Bichat, Claire Tantet est responsable d'un dispositif nommé Parcours qui accompagne les personnes migrantes ayant vécu des violences impactant leur santé sexuelle en lien avec leurs parcours migratoires. Au sein du dispositif, une équipe multidisciplinaire accompagne ces personnes pour retrouver un accès au droit commun et au soin.

Les mutilations génitales féminines : prévenir, repérer, orienter

Mots-clés : mutilations génitales féminines, violences sexuelles, accompagnement holistique, prévention en médecine des voyages

Aujourd'hui en France, les mutilations génitales féminines (MGF) telles que l'excision touchent à la fois des filles et des femmes migrantes ou nées en France de parents originaires de pays où elles sont pratiquées. Pour la majorité, les mutilations génitales féminines sont réalisées lors d'un retour au pays pour les vacances. Or, beaucoup de familles se rendent dans les centres de vaccinations internationales avant un voyage, que ce soit pour la prévention liée aux risques sanitaires, le paludisme ou la mise à jour vaccinale.

L'objectif de cette présentation est de transmettre des connaissances théoriques sur les MGF et aussi d'aborder brièvement des outils pratiques de consultation.

Mercredi 6 octobre – 17h10-17h30

Sébastien MADZOU

semadzou@chu-angers.fr

Sébastien Madzou, originaire du Congo, est un praticien hospitalier gynécologue-obstétricien. Depuis 2006 il a reconstruit des centaines de clitoris de femmes victimes de mutilations. Il exerce au CHU d'Angers.

Prise en charge chirurgicale des mutilations génitales féminines / excision

Mots-clés : excision, mutilations génitales féminines, reconstruction, chirurgie

Les mutilations génitales féminines sont considérées comme une violation des droits des jeunes filles et des femmes (OMS).

La prise en charge chirurgicale de ces mutilations permet, (i) une réhabilitation de la femme sur le plan juridique, anatomique, sensoriel, sexuel et psychologique ; (ii) une réduction de la douleur ; (iii) une prévention des complications obstétricales et une participation à la lutte contre la pratique de la mutilation.

Il est important que les professionnels de santé soient formés à la prise en charge des séquelles de l'excision et qu'il y ait une accessibilité à cette prise en charge pour les femmes qui en sont victimes.