

Guide pratique

d'intégration de la santé en
matière de reproduction et du VIH
dans les propositions de subvention
à adresser au Fonds mondial

Karen Hardee

Jill Gay

Elisha Dunn-Georgiou

Population Action
INTERNATIONAL
HEALTHY FAMILIES HEALTHY PLANET

March 2010

Remerciements

Le présent document a été préparé par Population Action International dans le cadre de ses activités destinées à l'Initiative de mobilisation pour l'intégration de la santé en matière de reproduction et du VIH. L'Initiative de mobilisation en vue de l'intégration de la santé en matière de reproduction et du VIH (l'Initiative) inclut une coalition de partenaires : Friends of the Global Fund Africa, Global AIDS Alliance, Interact Worldwide, International HIV/AIDS Alliance, International Planned Parenthood Federation Africa Regional Office, et Population Action International. L'Initiative apporte son assistance et son appui aux organismes de la société civile pour le développement de propositions à adresser au Fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme. Ces propositions comportent la santé reproductive comme élément essentiel de prévention, du traitement et des soins du VIH, ainsi que des activités de contrôle du VIH. Le présent guide a été révisé par un certain nombre de collègues associés à l'Initiative de mobilisation pour l'intégration de la SR/VIH : Elisha Dunn-Georgiou du PAI ; Sunita Grote de l'International AIDS Alliance ; Lawrence Oteba, Adam Gardner et Kevin Osborne de l'IPPF. Le Dr Karen Hardee (vice-président chargé de la recherche au PAI) et Mme Jill Gay (consultante) ont rédigé ce document.

Table des matières

1	Introduction	3
2	Qu'est-ce que l'intégration?	5
3	Quelle est la preuve que l'intégration a une incidence sur les résultats?	8
4	Compte tenu du contexte spécifique d'un pays, quels sont les programmes et politiques susceptibles d'être mis en liaison et intégrés?	17
5	De quoi a-t-on besoin pour une intégration réussie?	32
6	Comment l'intégration peut-elle être suivie et évaluée?	42
7	Conclusion	45
8	Annexe: Choix de manuels et de matériels pour des prestations intégrées	47
9	Références	44

Abréviations

TAR	Thérapie antirétrovirale	TME	Transmission mère-enfant
CP	Consultation prénatale	OGAC	Bureau du Coordonnateur de US Global AIDS
CCC	Communication pour le changement de comportement	PPE	Prophylaxie post-exposition
CNC	Comité national de coordination	PEPFAR	Plan d'urgence du président des Etats-Unis pour le Sida
CDC	Centers for Disease Control, Etats-Unis	PTME	Prévention de la transmission mère-enfant
OSC	Organisations de la société civile	SR	Santé reproductive
EDS	Enquêtes démographiques de santé	PSRS	Services de santé reproductive et sexuelle
PF	Planification familiale	IST	Infections sexuellement transmissibles
FM	Fonds mondial	MST	Maladies sexuellement transmissibles
Fonds mondial	Fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme	TB	Tuberculose
HAART	Thérapie antirétrovirale hautement active	FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
RSS	Renforcement des systèmes de santé	USAID	Agence américaine pour le développement international
CIPD	Conférence internationale sur la population et le développement	CDV	Conseil et dépistage volontaires
CIF	Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/Sida	OMS	Organisation mondiale de la santé
UDI	Utilisateur de drogues par injection		
IEC	Information, éducation, communication		
IPPF	International Planned Parenthood Federation		
DIU	Dispositif intra-utérin		
S & E	Suivi et évaluation		

chapitre 1

Introduction

Tous les résultats doivent être conçus pour réduire l'incidence du VIH/Sida, de la tuberculose et du paludisme sur les pays dans le besoin.
(Global Fund Framework, ND)

Le Plan d'action de Maputo de 2006, adopté par l'Union africaine, demande à tous les pays de « renforcer l'engagement à atteindre l'accès universel aux services de santé reproductive - y compris la planification familiale, de reconnaître et d'appuyer la contribution de ces services aux activités de prévention du HIV/Sida. »

Lors de récents cycles de proposition, le Fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme (le Fonds mondial) a affirmé plus explicitement que les pays pouvaient inclure la santé reproductive dans leurs propositions en matière de Sida, de tuberculose et de paludisme, pour autant que soit prouvée l'incidence de la santé reproductive (SR) sur la réduction de la prévalence de quelconque de ces trois maladies.¹ Le présent document est destiné aux pays et organismes, parmi lesquels les CNC, les organisations gouvernementales et non gouvernementales ainsi que les organisations de la société civile, pour aider à l'intégration de la santé reproductive, y compris la planification familiale, SR et le VIH/Sida, dans les propositions adressées au Fonds mondial. Le document adopte une approche pays pour l'intégration, étant donné que le Fonds mondial veut appuyer les propositions capitalisant sur les programmes nationaux et les renforcer.

Tout au long de ces dernières années, un certain nombre d'organisations internationales, parmi lesquelles l'Organisation mondiale de la santé, le FNUAP, l'ONUSIDA, la Session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies et l'Union africaine², ont préconisé des liaisons plus fortes entre les programmes et services de santé reproductive, de planification familiale et de VIH/Sida. Plusieurs organisations ont publié des orientations sur la nécessité des liens et de l'intégration, y compris l'OMS, le FNUAP, l'IPPF, l'ONUSIDA et l'USAID.³ De nombreuses conférences et rencontres se sont préoccupées de ces problèmes de liaisons et d'intégration.⁴

La liaison et l'intégration de la SR et du VIH/Sida accroissent l'accès des populations à une gamme de renseignements et services qui ont une incidence sur les résultats de la lutte contre le VIH. Ceci est particulièrement important pour les femmes et les jeunes gens puisqu'on dénombre près de 60 % des cas d'infection de VIH en Afrique subsaharienne chez les femmes, tandis que les jeunes âgés de 15 à 24 ans représentent environ

45 % des cas de nouvelles infections de VIH dans le monde.⁵ En outre, et malgré les avancées dans le traitement, une seule personne débute un traitement aux antirétroviraux pour près de trois personnes infectées par le VIH.⁶ Afin d'accroître les activités de prévention, il est indispensable d'atteindre les personnes à risque à tous niveaux du programme, y compris celui de la SR.

Fondé sur la recherche, ainsi que sur la littérature programmatique et politique sur les questions de liaisons et d'intégration, ainsi que sur des propositions pays qui traitent les questions d'intégration de manière satisfaisante, le présent document cherche à répondre à quatre questions principales :

1. Qu'est-ce que l'intégration ?
2. Compte tenu du contexte spécifique d'un pays, quels sont les programmes et politiques susceptibles d'être liés et intégrés ?
3. Quels sont les défis à la mise en œuvre du processus d'intégration, dont il faut tenir compte dans la rédaction d'une proposition ?
4. Comment l'intégration peut-elle être suivie et évaluée ?

Le document confirme également que l'intégration avec la SR peut avoir une incidence décisive sur les résultats de la lutte contre le VIH/Sida. Cette confirmation est essentielle étant donné les exigences du Fonds mondial qui spécifie que le financement des programmes intégrés dépend en partie de leur impact sur les activités de prévention, de soins et de traitement du VIH.

Le document comporte des références bibliographiques et des liens Internet à de nombreuses autres ressources disponibles sur divers aspects de la liaison et de l'intégration. Il fournit également des exemples de programmes pays et de composantes « d'intégration » dans des propositions approuvées au 8ème cycle.

i Note sur la terminologie : bien que le présent document porte autant sur les aspects de liaison que d'intégration de la SR/VIH, nous utilisons plus couramment le terme « intégration » parce que le Fonds mondial utilise ce terme dans un sens large pour inclure les liaisons.

chapitre 2

Qu'est-ce que l'intégration?

LIAISONS ET INTÉGRATION

Les liaisons et l'intégration de la SR et du VIH peuvent se faire à plusieurs niveaux et à divers degrés dans le cadre du système de santé. En outre, pour réaliser les liaisons et l'intégration de la SR et du VIH, certains autres secteurs en dehors de celui de la santé doivent être pris en compte. Par exemple, en ce qui concerne l'éducation sexuelle des adolescents, le Ministère de l'Éducation et les organisations de la société civile se consacrant aux enfants non-scolarisés peuvent être d'une importance cruciale pour des services de santé adaptées aux besoins des jeunes. Les liaisons impliquent la prise en compte des problèmes structurels qui rendent les personnes vulnérables, tandis que l'intégration implique la réorganisation et la réorientation des politiques, des programmes et des services pour permettre un ensemble essentiel d'interventions dans le cadre du continuum de la prévention, des soins et du traitement du VIH, de manière à satisfaire également les besoins en SR des clients. (Encadré 2.1).

COMPOSANTES DES LIAISONS

La liaison des politiques, programmes et services de SR et de VIH/Sida peut contribuer à résoudre des problèmes structurels plus importants qui influencent la capacité d'individus à se protéger contre le VIH. Par exemple, les problèmes structurels fondamentaux tels que l'inégalité des sexes et la pauvreté peuvent entraîner la stigmatisation et la discrimination, les violences sexuelles, les mariages précoces et l'incapacité de négocier l'utilisation des préservatifs, entre autres facteurs intermédiaires qui affectent la capacité des femmes et des hommes de tout âge à se protéger contre le VIH. Ainsi que l'a noté le Fonds mondial en 2008 : « Les normes néfastes en matière de genre, y compris celles qui renforcent la soumission des femmes, les activités sexuelles entre personnes de générations différentes, les partenariats multiples et les violences sexuelles sont les principaux facteurs de la pandémie de VIH/Sida. Les discriminations économiques,

Encadré 2.1

Liaisons et intégration

Liaisons: *synergies* de politiques, de programmes, de services et de plaidoyer entre la santé sexuelle et reproductive/planification familiale et le VIH/Sida.

Intégration: *divers* types de services ou de programmes opérationnels en matière de santé sexuelle et reproductive/planification familiale qui peuvent être reliés afin d'améliorer les résultats.

Source: OMS, FNUAP, ONUSIDA, et IPPF, 2008a.

juridiques, éducatives et politiques auxquelles les femmes et les filles sont confrontées contribuent à leur vulnérabilité ».⁷ Les lois qui criminalisent la transmission du VIH peuvent empêcher les femmes vivant avec le virus d'accoucher en toute sécurité, et empêcher les hommes d'effectuer des tests par peur de sanctions pénales. Les violences sexuelles ou la peur de ces violences peuvent empêcher la divulgation du statut sérologique.⁸ La prise en compte de ces problèmes structurels ou juridiques, qui fait partie de la nouvelle Stratégie genre du Fonds mondial, est essentielle pour limiter la prévalence du VIH.

COMPOSANTES DE LA SR À INTÉGRER

Le consensus atteint à la Conférence internationale sur la population et le développement au Caire est le fondement des appels à forger des liaisons et à promouvoir l'intégration de la SR et du VIH/Sida. Réitéré dans le cadre de l'Appel à l'action de Glion, la CIPD reconnaît « les droits des femmes à décider librement de leur sexualité, y compris leur santé sexuelle et reproductive, sans aucune coercition, discrimination ou violence, et la nécessité d'améliorer l'accès aux services pour que les couples et les individus puissent décider librement du nombre de leurs enfants, ainsi que de l'espacement et du moment des naissances.⁹ Pour garantir le respect de ces droits, les politiques, programmes et interventions doivent promouvoir l'égalité des sexes et donner la priorité aux populations pauvres et qui ne bénéficient pas de services suffisants. »¹⁰

Fonds mondial en 2008: « Les normes néfastes en matière de genre, y compris celles qui renforcent la soumission des femmes, les activités sexuelles entre personnes de générations différentes, les partenariats multiples et les violences sexuelles sont les principaux facteurs de la pandémie de VIH/Sida.

Pour les besoins de l'intégration, le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) distingue trois grands domaines de la SR : les services en matière de contraception, les services de santé maternelle, et les services pour les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH/Sida et autres problèmes gynécologiques et urologiques.

APPROCHE « CYCLE DE VIE » DE L'INTÉGRATION

En plus du renforcement de l'environnement pour le rendre propice à la réalisation des liaisons structurelles dans les domaines d'intersection entre la SR et le VIH/Sida, en adoptant une approche « cycle de vie » pour les jeunes et les adultes, les informations et services ci-après peuvent grandement contribuer à la réduction de la prévalence du VIH/Sida :

- **Education des jeunes gens** sur les problèmes de sexualité, de reproduction, sur les maladies, et sur les rapports hommes/femmes ayant un impact sur les relations sexuelles et les relations de pouvoir.
- **Réduction des grossesses non désirées.**
- **Dissémination d'informations adéquates** sur le VIH et une vaste panoplie d'autres problèmes de santé, y compris la santé en matière de reproduction.
- **Faciliter les opportunités d'accès aux services à divers points d'accès**, de manière à intégrer le VIH dans la SR et la SR dans le VIH.

FORMES D'INTÉGRATION : INTÉGRATION ADMINISTRATIVE ET INTÉGRATION DES SERVICES

L'intégration peut prendre des formes diverses, et elle est complémentaire aux activités qui forgent des liens plus étroits entre la SR et le VIH/Sida en vue de la résolution de problèmes structurels. Il est important de concevoir l'intégration comme l'union de questions administrative et de pres-

tation de services. L'intégration administrative met ensemble les éléments de politiques et de programme, tandis que l'intégration des services connecte les services au moment du contact avec les client.¹¹

Une détermination claire du type et du niveau d'intégration à proposer, ainsi que des obstacles relatifs en ce qui concerne les politiques et programmes, est importante pour le succès de l'intégration dans les propositions, mais également pour sa mise en œuvre. Parmi les divers niveaux d'intégration, on peut noter :

- **liaisons de politiques nationales** : une politique régissant la SR ainsi que le VIH/Sida ou une politique spéciale d'orientation de l'intégration en vue de renforcer les liaisons entre la SR et le VIH/Sida.
- **liaisons sectorielles et interministérielles** : directives claires régissant le travail d'intégration de divers secteurs (par ex. éducation, agriculture, justice) et le travail de diverses divisions au sein des ministères (par ex. divisions de la santé reproductive, des MST, du VIH, etc.)
- **intégration infranationale** : ampleur de l'intégration administrative des programmes aux niveaux de la province, du district et de la localité (ou autres divisions administratives en existence dans chaque pays).
- **intégration des services** : dans quelle mesure les services au niveau du point d'accès nécessiteraient la modification des tâches du prestataire, la répartition de son temps de travail, et ses besoins en matière de références, etc. Intégration des programmes au niveau des communautés, y compris dans le cadre de la mobilisation pour la SR et le VIH et des activités pour la modification des comportements sociaux.

D'avantage de détails sur l'intégration administrative et l'intégration des services sont fournis plus loin dans ce document.

chapitre 3

Quelle est la preuve que
l'intégration a une incidence
sur les résultats?

L'intégration de la SR et du VIH/Sida accroît l'accès des populations à une panoplie d'informations et de services influant sur les résultats de la lutte contre le VIH. Ceci est particulièrement important pour les femmes et les jeunes gens puisqu'on dénombre près de 60 % des cas d'infection de VIH en Afrique subsaharienne chez les femmes, tandis que les jeunes âgés de 15 à 24 ans représentent environ 45 % des cas de nouvelles infections de VIH dans le monde.¹²

En outre, et malgré les avancées dans le traitement, une seule personne débute un traitement aux antirétroviraux pour près de trois personnes infectées par le VIH.¹³ Pour permettre d'accroître les activités de prévention, il est indispensable d'atteindre les personnes à risque au niveau de tous les points d'accès au programme, y compris celui de la SR. L'annexe 1 présente la preuve irréfutable que l'intégration a une incidence sur les résultats.

L'INTÉGRATION CONTRIBUE À RÉDUIRE LA MORTALITÉ RÉSULTANT DU VIH ET DU SIDA

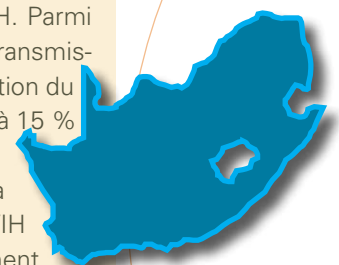
L'accès rapide à la thérapie antirétrovirale hautement active (HAART, *Highly Active Antiretroviral Therapy*) peut accroître l'espérance et la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH. Pour les femmes enceintes vivant avec le VIH, « l'intervention la plus importante susceptible de réduire la mortalité maternelle, la transmission du VIH au

nouveau-né et la mortalité infantile, à savoir l'initiation rapide de la thérapie antirétrovirale à vie, demeure largement sous-utilisée. Ni les coûts ni la disponibilité des médicaments ne constituent les principaux obstacles qui tiennent plutôt du dysfonctionnement des services des soins de santé ».¹⁴

- En intégrant les soins des malades affectés par le VIH dans les consultations routines prénatales au lieu d'en faire un programme distinct, on peut sauver la vie des femmes. Grâce à la formation adéquate des prestataires de soins de santé maternelle, les consultations prénatales peuvent permettre le suivi rapide des femmes vivant avec le VIH (après un dépistage au cours des consultations prénatales) dans le cadre des « programmes fournissant des soins holistiques, y compris par la thérapie HAART ... »¹⁵
- Les femmes à un stade d'infection avancée, déterminé par la présence d'une charge virale élevée, d'un faible taux de CD4 et du Sida, sont les plus susceptibles de transmettre le virus pendant la grossesse et l'accouchement, et c'est chez cette catégorie de femmes enceintes que la thérapie HAART peut avoir le plus grand impact sur la réduction de la transmission mère à enfant. Avec l'utilisation des antirétroviraux, la transmission mère à enfant du VIH peut être réduite à moins de 1%.¹⁶

Exemple pays: mise des femmes sous HAART en Afrique du Sud

Dans la **province occidentale du Cap en Afrique du Sud**, les femmes enceintes ayant des taux de cellules CD4 de 200 ou moins sont immédiatement référées à des services distincts de traitement du VIH par HAART, ce qui contribue à la réduction du taux de transmission verticale du VIH. Parmi d'autres alternatives figurent le traitement par HAART dans le cadre de la Prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) ou par des navigateurs pour patients. Le retard dans l'initiation du traitement chez les adultes est lié à des résultats insatisfaisants. (Abrams et al., 2007). De 9 à 15 % des femmes enceintes vivant avec le VIH ont des taux de CD4 inférieurs à 200 cellules/ml et doivent recevoir un traitement HAART. « En dépit de cette relation remarquable et de la possibilité d'améliorer les résultats en santé maternelle et infantile, ni la mise en scène du VIH en divers milieux sociaux, ni les données sur la morbidité résultant du VIH, ne sont généralement enregistrées dans les dossiers de consultations prénatales (Rollins et Mphatswe, 2008: 182).



La planification familiale « semble être le secret le mieux gardé en matière de prévention du VIH » (Ward Cates, président de Family Health International).¹⁷

Exemple: l'accès à la contraception contribue à la PTME

Un modèle a démontré que pour le même coût, un accroissement de l'utilisation des contraceptifs chez les femmes qui n'en utilisaient pas, mais ne souhaitant pas tomber enceintes, par le biais de services volontaires de planification familiale et d'activités de sensibilisation, permettait de réduire de près de 30 % le nombre de naissances d'enfants séropositifs, comparé aux activités de conseil et de dépistage du VIH couplées avec une prophylaxie à la névirapine.

Source: Wilcher et al., 2008

Exemple pays: la PF dans la TAR en Ouganda

Une étude récente en Ouganda a montré qu'à la suite de la mise en place de la planification familiale, le nombre de clientes sous TAR ayant accès aux services de planification familiale a été multiplié par trois. Plusieurs clientes ont fait remarquer que les soins TAR s'étaient améliorés depuis la mise en place de la planification familiale.

Source: Searing et al., 2008



L'INTÉGRATION CONTRIBUE À RÉDUIRE LES TAUX DE GROSSESSES NON DÉSIRÉES AINSI QUE LA TRANSMISSION MÈRE A ENFANT

Une grande attention est accordée à la prévention du VIH chez les nourrissons une fois que les femmes enceintes se savent séropositives, par le biais du dépistage et des séances de soutien conseils ainsi que du traitement des nouveau-nés à l'accouchement. Ces activités ont menées à une réduction non négligeable de la transmission du VIH « de mère à l'enfant ». Cependant, il existe une autre intervention qui pourrait avoir un impact énorme sur la réduction de la transmission mère-enfant. Les grossesses non désirées représentent de 14 à 58 pour cent de toutes les naissances dans les pays où la pandémie de VIH est la plus développée,¹⁸ et certaines études laissent penser que les taux de grossesses non désirées sont plus élevés chez les femmes vivant avec le VIH.¹⁹

- Veiller à ce que les femmes aient les moyens d'éviter les grossesses non désirées, par l'accès à la contraception, est un moyen efficace et sous-utilisé de réduire la transmission mère-enfant du VIH.^{20 21} De fait, la réduction

du taux de grossesses non désirées constitue l'un des quatre piliers de la stratégie de l'Organisation mondiale de la santé en vue de prévenir la transmission de mère à enfant (TME) ; elle n'a pourtant pas bénéficié de la même attention que les autres piliers.²²

- Etant donné la faiblesse des activités de dépistage dans de nombreux pays, l'accroissement de l'accès à la contraception est essentiel. Les femmes en âge de procréer représentent près de la moitié des personnes infectées par le VIH, et la plupart d'entre-elles ne connaissent pas leur statut sérologique.²³ Par conséquent, la contraception employée afin d'éviter toutes les grossesses non désirées permettra également de réduire le nombre de grossesses non désirées chez les femmes infectées par le VIH (qui ne savent pas qu'elles sont séropositives), et peut réduire de manière décisive le nombre de naissances de bébés séropositifs et, par ailleurs, le nombre d'orphelins du Sida.²⁴

- Les coûts de la réduction de la transmission mère-enfant diminueraient avec l'inclusion de la planification familiale dans les programmes de VIH.^{25, 26}
- Les clients des programmes de traitement du VIH apprécient l'accès à la contraception.²⁷ La plupart des femmes vivant avec le VIH sont sexuellement actives²⁸ et ont besoin d'accéder à la contraception et aux services complets de SR. Ces services ont un impact significatif sur les résultats de la lutte contre le VIH et permettent d'atténuer les effets du VIH/Sida.

LES SERVICES INTÉGRÉS PEUVENT CONTRIBUER À L'ACCROISSEMENT DU NOMBRE DE TESTS DE DÉPISTAGE DU VIH

L'accès aux tests de dépistage doit être considérablement développé afin d'augmenter le nombre de personnes informées de leur statut

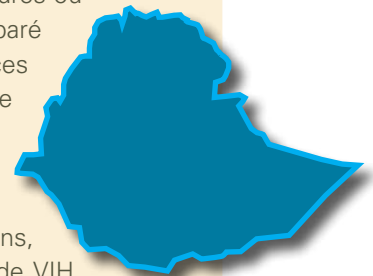
sérologique. Pour de nombreuses femmes dans le monde, les services de conseil et dépistage volontaires (CDV) se font lors des consultations prénatales ou lors de l'accouchement. L'accès aux CDV dans le cadre d'autres services que celles de la santé maternelle augmente le nombre d'adolescentes et de femmes susceptibles d'avoir accès servicesa ce service.²⁹ En outre, en raison de la nécessité de la confidentialité lorsque les femmes sont testées individuellement, les services de CDV pour les hommes et les couples peuvent être promues par l'intégration, en fournissant ces services dans un certain nombre d'environnements – tels que les centres de traitement des IST, les lieux de travail, etc. – susceptibles de permettre l'accès aux hommes ainsi qu'aux femmes.

Une étude de cas d'intégration au niveau de l'ONG *Family Health Options Kenya* a montré que les services pour le VIH/Sida au sein des cliniques de santé sexuelle et reproductive attirent de

Exemple pays: la FGAE (association d'orientation familiale d'Ethiopie)

Chez l'Association d'orientation familiale d'Ethiopie (FGAE, *Family Guidance Association of Ethiopia*), une étude des dossiers de CDV démontré que les clients dont les conseillers pouvaient fournir à la fois des services de CDV et conseils sur la planification familiale étaient plus enclins à demander des tests de dépistage que ceux fréquentant les structures dans lesquelles les services de VIH et de planification familiale se faisaient dans la même structure, mais pas dans la même salle. Les chances que le client fasse lui-même la demande de dépistage étaient quatre fois plus élevées chez les hommes et plus de sept fois plus élevées chez les femmes dans des structures où les services étaient offerts dans la même pièce ou par le même prestataire, comparé aux services fournies dans des salles différentes. Les structures avec des services plus étendus en matière de planification familiale augmentent la probabilité que la clientèle féminine sollicite elle-même des services de CDV. Dans l'étude, les femmes mariées d'âge mûr présentaient un taux surprenant de prévalence de VIH de 34 %. Il s'agit d'un groupe n'ayant pas été spécifiquement ciblé pour le CDV et qui cependant a des besoins importants en matière de services et de soins, non satisfaits. Bien que les politiques du gouvernement éthiopien en matière de VIH soient favorables à l'intégration des services de VIH et de santé reproductive, ces services fonctionnent essentiellement de manière verticale en termes de gestion des programmes, de financements et de services.

Source: Bradley et al., 2008





Exemple pays: **l'accroissement de l'utilisation des contraceptifs par les femmes séropositives par le biais des services de CDV**

Au Malawi, une étude récente sur les femmes se présentant pour le CDV a constaté qu'à la suite de l'annonce de leur séropositivité, l'utilisation des contraceptifs était passée de 38 % avant les services de CDV à 52 % une semaine plus tard. Les femmes séropositives et non enceintes ont reçu des soins pour le VIH et bénéficié de l'accès aux services de planification familiale. Au cours d'un suivi sur une année entière, chaque femme en consultation répondait à la question suivante : « Souhaiteriez-vous avoir un autre enfant, ou voudriez-vous ne plus en avoir ? » Conscientes de leur séropositivité, les femmes étaient peu enclines à désirer des grossesses à l'avenir, et les taux de grossesse étaient plus faibles chez les femmes qui ne désiraient pas d'enfants à l'avenir. Ces femmes séropositives utilisent des méthodes de planification familiale afin d'éviter les grossesses non désirées.

Source: Hoffman et al., 2008.

nouveaux clients, y compris les services de CDV pour un groupe cible qui traditionnellement n'est pas atteint par ces services. Récemment, une observation systématique récente a démontré que la majorité des études analysées dans le cadre de l'intégration de la SR et du VIH a signalé un accroissement ou une amélioration des comportements liés au VIH, à savoir une plus grande utilisation des préservatifs et de plus nombreux tests de dépistage.³⁰ Par exemple, l'amélioration de l'accès aux contraceptifs non-barrières pour les couples utilisant déjà des préservatifs pour la prévention du VIH a augmenté l'utilisation de protection double, selon une étude des comportements de couples effectuée par une clinique de CDV à Lusaka, en Zambie.³¹ L'intégration de la planification familiale dans les services de CDV et des services de CDV dans la planification familiale est acceptable tant pour les prestataires que pour les clients et ne semble pas affecter la qualité des services.³²

DES SERVICES INTÉGRÉS PEUVENT PERMETTRE D'ÉTENDRE LES PROGRAMMES ET SERVICES POUR ATTEINDRE DAVANTAGE DE GROUPES CIBLES

Les jeunes sont mobilisés de façon plus efficace dans le cadre de programmes intégrés. Les jeunes sont plus portés à utiliser les préservatifs pour prévenir les grossesses non désirées que pour se protéger du VIH. Par conséquent, les

programmes qui mettent l'accent sur ces deux nécessités peuvent accroître l'utilisation des préservatifs.^{33,34} L'utilisation des préservatifs – qu'elle soit motivée par le désir de prévention de la grossesse ou du VIH – permettra de réduire à la fois les risques de grossesses non désirées et les risques de transmission ou d'acquisition du VIH.

Les jeunes femmes accédant pour la première fois aux services de santé, que ce soit la planification familiale, la santé maternelle, les violences sexuelles ou les services de CDV, ont besoin de services intégrées pour la satisfaction de leurs besoins multiples. Une étude sur l'intégration de la PF et du VIH/Sida a montré que les femmes accédant aux services de CDV en Ethiopie, au Kenya, au Rwanda, en Afrique du Sud et en Ouganda étaient de jeunes gens disposant de connaissances limitées sur la planification familiale. Considérant que tel pourrait être leur premier point d'accès à un système de santé, il est nécessaire de donner à ces jeunes femmes des informations précises sur les alternatives en matière de contraception. Des éléments ont été fournis sur plus d'une décennie prouvant que dans les pays disposant de services de santé sexuelle et de santé reproductive orientées explicitement vers la jeunesse, les cas de grossesse, d'avortement et d'IST chez les jeunes étaient systématiquement inférieurs en nombre à ceux dans les pays où ces services n'étaient pas

Les adolescents orphelins et les enfants vulnérables ont des besoins spécifiques en matière d'accès aux services de SR.

disponibles.³⁵

Les adolescents orphelins et les enfants vulnérables ont des besoins spécifiques en matière d'accès aux services de SR. Une étude en Afrique du Sud a montré que les adolescents orphelins mâles et femelles âgés de 14 à 18 ans étaient notamment plus susceptibles que les non orphelins d'avoir été sexuellement actifs, et à de plus jeunes âges.³⁶ Une étude menée au Zimbabwe a également constaté que les adolescentes orphelines âgées de 15 à 18 ans avaient un taux plus élevé d'infection de VIH que celles qui ne le sont pas.³⁷

Des programmes de soins communautaires (PSC) peuvent également incorporer des services intégrés visant les clients, les membres de leurs familles et les prestataires. Une étude au Kenya a constaté qu'un pourcentage important de clients ainsi que de prestataires de soins de VIH/Sida à domicile avait des besoins non satisfaits en matière de planification familiale ; certains désiraient davantage d'enfants. Près de la moitié des membres de ces deux groupes avaient

eu des rapports sexuels pendant les six mois précédents.³⁸

L'accès aux femmes désirant avorter et requérant des soins post-avortement peut également permettre d'étendre la portée des programmes et services vers davantage de groupes cibles. En Tanzanie, une étude sur 706 femmes ayant accédé à des soins post-avortement démontre qu'elles ont concomitamment bénéficié de conseils sur la contraception, le VIH et les IST, avec plus de la moitié d'entre-elles acceptant des services de CDV.³⁹

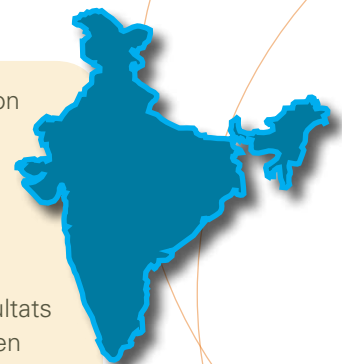
Etant donné que dans le monde, une grande partie des tests de dépistage du VIH chez les femmes a lieu pendant la période de grossesse, les services de santé maternelle doivent aller de pair avec les services de VIH afin que les femmes séropositives puissent être suivies pendant la période post-partum pour le traitement du VIH et autres soins associés.⁴⁰

Des études ont démontré que dans certains pays, aucune information n'était donnée aux

Exemple pays: rôle clé des OSC (organisations de la société civile dans les résultats en matière de VIH et de SSR

Un projet de l'Alliance internationale pour le VIH/Sida en Inde, consistant d'une sensibilisation accrue à la SR et au VIH – y compris en ce qui concerne la contraception, les grossesses et la thérapie antirétrovirale, l'enseignement des aptitudes à négocier l'utilisation des préservatifs, la sensibilisation aux lois et aux droits, le renforcement des capacités de leadership et des aptitudes de négociation des femmes, un répertoire de toutes les ressources pour le VIH, le CDV, les grossesses et autres services de SR, et des activités de sensibilisation par des pairs éducateurs et des travailleurs d'approche – a conduit à des résultats remarquables. D'autre part, une enquête auprès de 2 284 femmes au travers de cinq sites en Inde a commencé avec une base de référence de 86 % des femmes qui étaient conscientes du fait qu'il existe des méthodes pour éviter le VIH. Un an plus tard, 96 % des femmes savaient qu'il existe des méthodes pour éviter le VIH. Au départ, 54 % des femmes avaient déclaré que les femmes étaient justifiées dans leur refus d'avoir des rapports sexuels avec leur mari si celui-ci avait une IST. Après un an de projet, 74 % étaient d'accord que les femmes avaient le droit de refuser des rapports sexuels dans les mêmes circonstances. Au bout d'une année, 71 % des femmes affirmaient qu'elles décidaient conjointement avec leur mari de leurs besoins en matière de contraception.


Source: Alliance internationale pour le VIH/Sida en Inde, 2007.



femmes vivant avec le VIH sur l'interaction entre les contraceptifs et les antirétroviraux.⁴¹ Dans d'autres pays, les femmes déjà informées de leur séropositivité et se présentant pour des services de santé maternelle sont fortement stigmatisées.⁴² Les femmes vivant avec le VIH ont besoin de services de SR qui satisfassent leurs besoins. Une étude récente a démontré que 40 femmes séropositives sur 230 en Namibie avaient été stérilisées contre leur gré (et sans leur consentement) dans les structures publiques de santé, en dépit des directives du Ministère de la Santé pour permettre de garantir la protection des droits de l'homme des personnes vivant avec le VIH. Des femmes séropositives en Namibie ont indiqué que la peur de la stérilisation contrainte et forcée les empêchait d'avoir recours à des services de santé.⁴³ De plus, on note « le recours généralisé à la névirapine à dose unique, malgré la recommandation de l'OMS d'utiliser d'une combinaison plus efficace de thérapies n'ayant pas d'impact négatif potentiel sur l'impact du traitement. »⁴⁴

En outre, les populations les plus menacées d'infection par le VIH, telles que les femmes qui travaillent dans l'industrie du sexe, n'ont pas souvent accès aux services de santé dans les structures publiques malgré leurs grands besoins. Une étude auprès de 522 professionnelles du sexe, en 2008, dans quatre Etats de l'Inde, a montré que celles-ci souhaitaient pouvoir accéder aux services de CDV et de santé maternelle, aux soins pour les IST, à l'avortement, à la planification familiale ainsi qu'aux services de manifestations de stigmatisation de la part des prestataires.⁴⁵ Les professionnelles dans l'industrie du sexe doivent souvent payer des sommes supplémentaires pour des services censées être disponibles gratuitement au niveau des structures publiques de santé.⁴⁶ Une cartographie de 1 545 professionnelles dans l'industrie du sexe, de jeunes et de personnes vivant avec le VIH a montré qu'il était nécessaire d'élaborer des directives opérationnelles sur la santé sexuelle et reproductive. Car, tant les prestataires que les personnes vivant avec le VIH avaient une connaissance insuffisante des problèmes de santé sexuelle et reproductive

Exemple pays: **la République dominicaine**



La Clínica Evangelina Rodríguez de l'ONG Profamilia à Santo Domingo, en République dominicaine, offre une panoplie de services parmi lesquelles la planification familiale, le CDV, les échocardiogrammes, la PPE, ainsi que les traitements et les soins pour le VIH. Chaque des clients dans la salle d'attente peut s'y trouver pour un certain nombre de problèmes de santé différents, et non pas spécifiquement pour des services liées au VIH. Dans un pays où les personnes atteintes du VIH sont encore stigmatisées, les patients atteints du VIH apprécient la possibilité d'obtenir des services de planification familiale et de VIH de grande qualité sans avoir à parler de leur statut sérologique aux personnes qu'ils peuvent connaître dans la salle d'attente. En outre, les précautions universelles sont mises en pratique, avec un personnel disposant de tous les équipements nécessaires. La formation pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination à l'endroit des personnes vivant avec le VIH est obligatoire et permanente, avec des licenciements de personnel en cas de discrimination à l'encontre des patients vivant avec le VIH. Les traitements et les soins pour les patients vivant avec le VIH ont été intégrés dans les services de santé reproductive, ce qui a entraîné un accroissement des taux de CD4 après six mois pour 32 patients sur 35, et l'utilisation de la thérapie HAART pour 72 femmes enceintes vivant avec le VIH.

Source: Mir et al. 2006; Mir et al., 2008.

chez les personnes vivant avec le VIH. Les personnes vivant avec le VIH désiraient avoir accès aux services de planification familiale et de soins pour les IST dans les centres de TAR.⁴⁷ La sensibilisation des communautés par des organismes de la société civile sur les données et services de santé sexuelle et reproductive permet aux programmes et services d'atteindre ceux qui en ont le plus besoin. Comme le démontre une étude récente, en dépit du taux plus élevé de prévalence du VIH dans les populations clés telles que les professionnels dans l'industrie du sexe, l'évaluation en 2006 des 360 parties prenantes du Fonds mondial a constaté que la satisfaction des besoins des populations vulnérables et marginalisées restait l'un des plus grands défis du Fonds mondial.⁴⁸ La carence de connaissances, chez les prestataires, sur les besoins spécifiques en santé sexuelle des professionnelles dans l'industrie du sexe signifie que les soins qu'elles reçoivent sont souvent inadéquats et fragmentés.⁴⁹

DES PRESTATIONS INTÉGRÉES PEUVENT RÉDUIRE LA STIGMATISATION ET LA DISCRIMINATION, ET ACCROÎTRE L'ACCÈS AUX PRESTATIONS ET LEUR UTILISATION.

L'intégration des services de VIH aux services de SR/PF peut permettre aux femmes d'accéder aux services de VIH avec moins de stigmatisation que si elles allaient dans un centre de CDV ou un centre dédié au VIH. De nombreux entretiens avec des personnes vivant avec le VIH ont démontré que lorsque les services de VIH étaient fournis dans une structure spéciale, les personnes qui y entraient et en ressortaient gagnaient la réputation être séropositives, et par conséquent étaient sujettes à la stigmatisation et à la discrimination.⁵⁰ Une étude en 2008 sur 522 professionnelles dans l'industrie du sexe dans quatre États de l'Inde a démontré que ces dernières désiraient accéder au CDV, à la santé maternelle, aux soins pour les IST, à l'avortement, à la planification familiale ainsi qu'aux services de santé sexuelle et reproductive dans les structures

ordinaires, mais qu'elles en étaient dissuadées par des actes de stigmatisation de la part des prestataires.⁵¹ De la même manière, offrir aux femmes et aux hommes des services de SR dans des structures de VIH/Sida peut réduire la stigmatisation et la discrimination auxquelles ils/elles pourraient être exposé(e)s avec la révélation de leur statut aux personnels de SR. Par la même occasion, la formation de prestataires de SR, en leur donnant des connaissances supplémentaires pour réduire la stigmatisation et la discrimination, dans leurs interactions avec les personnes vivant avec le VIH est nécessaire.

UNE RÉDUCTION DES VIOLENCES SEXUELLES AFIN DE RÉDUIRE LES RISQUES D'INFECTION PAR LE VIH

La lutte contre les facteurs accroissant la vulnérabilité, comprise comme problème de liaison, fait partie d'une stratégie globale pour améliorer la santé reproductive et les résultats de la lutte contre le VIH. La violence est un facteur de risque d'infection du VIH.⁵² Des rapports sexuels forcés avec une personne vivant avec le VIH augmentent le risque d'infection par le VIH. Les femmes dont les partenaires sont violents sont moins susceptibles de pouvoir négocier l'utilisation de préservatifs. Le Fonds mondial appuie plus spécifiquement les propositions visant à lutter contre les violences sexuelles ou à les limiter, y compris par le plaidoyer pour la modification des lois et leur application.

Des études au travers du monde ont constaté des taux élevés de violences et de viols,⁵³ et les actes de violence durant la grossesse ne sont pas rares.⁵⁴ La prophylaxie post-exposition (PPE), quand elle est initiée dans les 72 heures suivant le viol, peut réduire la probabilité que les femmes contractent le VIH. Les femmes violées doivent être informées de l'existence de la prophylaxie post-exposition, de méthodes de contraception d'urgence et des possibilités d'avortement là où celui-ci est légal. Une étude en Afrique du Sud a démontré que l'intégration des tests de

grossesse, de la contraception d'urgence, du traitement des IST, du CDV et de la PPE dans un hôpital rural de district avait entraîné une plus grande prédisposition des patients à terminer le régime complet de traitement en 28 jours, ainsi que l'amélioration des services dans tous les aspects de la santé reproductive. Le délai entre le moment de l'agression et celui de la réception de la première dose de PPE s'est vu réduit de 28 heures à 18 heures, avec un accroissement de l'utilisation des services.⁵⁵ La disponibilité de la PPE et la présence de prestataires formés sont souvent des facteurs décisifs poussant les femmes à rechercher des services après le viol.⁵⁶

Une éducation sexuelle insistant sur le caractère inacceptable des violences sexuelles, comme dans le cas du programme de formation de l'Alliance de la jeunesse africaine (AYA, *African Youth Alliance*) adopté par le Ghana dans le contexte de sa proposition approuvée lors du 8ème cycle, peut permettre la mise en place de normes sexuelles sanctionnant la violence. Une évaluation du programme global de l'AYA a montré l'impact positif et notable de l'AYA sur un certain nombre de variables, notamment l'utilisation des préservatifs, la contraception et la réduction du nombre de partenaires sexuels.⁵⁷

Le rôle joué par les normes de genre dans la promotion des violences sexuelles et l'augmentation de la pandémie du Sida est de plus en plus clair.⁵⁸ « Il y a de plus en plus de preuves que les VIH/IST et les risques de violence pour les jeunes hommes comme pour les jeunes femmes sont liés à une socialisation précoce qui promeut certains rôles sexuels comme la norme.

Parmi ces rôles figurent un encouragement aux hommes d'avoir de partenaires multiples, ou de contrôler le comportement de leurs partenaires féminins. »⁵⁹ Les participants dans une étude au Botswana, qui avaient au moins trois croyances discriminatoires sur les questions de genre, avaient été 2,7 fois plus susceptibles d'avoir des rapports sexuels non protégés au cours de l'année précédente que ceux qui avaient moins de convictions discriminatoires.⁶⁰ La lutte contre les normes de genre influant sur les rapports sexuels affiche des résultats probants partout dans le monde, en particulier dans le cadre de programmes mis en œuvre à l'intention des jeunes hommes.⁶¹

NOTE SUR LES IST ET LE VIH

Tandis que la prévalence accrue des IST a une corrélation clairement établie avec l'accroissement des risques d'infection par le VIH⁶² et que le traitement des IST est important pour la santé reproductive, on ne sait pas encore comment le traitement des IST impacte les résultats de la lutte contre le VIH.⁶³ Des recherches sur ce sujet sont en cours.

chapitre 4

Compte tenu du contexte spécifique d'un pays, quels sont les programmes et politiques susceptibles d'être mis en relation et intégrés ?

« Il n'existe pas d'approche « prêt à porter » en matière de liaisons et d'intégration des services de PF et de VIH » (FP/HIV Integration Technical Working Group, 2008) .

Les procédures décisionnelles en matière d'intégration et de type d'intégration à proposer dépendent de l'épidémiologie du VIH dans le pays concerné et d'autres indicateurs en matière de santé reproductive. Différents niveaux d'intégration peuvent s'avérer appropriés pour différentes structures de santé, en fonction des ressources et des capacités disponibles, et l'état de la structure.

En même temps que le Fonds mondial augmentait son appui à l'intégration de la SR et du VIH/Sida, il produisait une stratégie « genre » pour les liaisons en encourageant les pays à renforcer leurs efforts de redressement des inégalités entre les sexes dans leurs programmes.⁶⁴ Dans le cadre de la stratégie « genre », le Fonds mondial appuie « les programmes assurant un accès égal et équitable aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien aux populations les plus vulnérables, y compris les femmes et les filles... »⁶⁵ L'intégration des programmes de SR et de VIH/Sida et l'examen de la question des liaisons structurelles sont étroitement liés à la stratégie « genre ». Par exemple, cette stratégie nécessite la prise en compte des problèmes structurels qui accroissent la vulnérabilité des femmes et des adolescentes... y compris les inégalités socioculturelles, juridiques, politiques et économiques, ainsi que la discrimination. »⁶⁶

**TYPES DE LIENS ET INTÉGRATION:
SR→VIH ET VIH→SR**

L'intégration peut être bidirectionnelle avec l'incorporation de la SR aux services de VIH/Sida et l'incorporation des services de VIH/Sida à la SR. Au cours de ces dernières années, un certain nombre de cadres et guides appropriés d'orientation ont été produits et servent de références utiles dans l'élaboration de programmes intégrés et la promotion de liaisons. Ces cadres et ces guides sont présentés dans l'encadré 4.2. Bien qu'un niveau minimum d'intégration ou de liaisons entre la planification familiale et le VIH/Sida ait été déterminé (voir la

Encadré 4.1

Directives pour l'intégration

En matière d'intégration de la santé reproductive et du VIH, les directives du Fonds mondial pour bénéficier d'un appui au 9^{ème} cycle notent la nécessité d'un soutien :

- « aux activités visant à réduire la vulnérabilité des filles et des femmes aux trois maladies ; il s'agit d'activités telles que ... la prévention et l'atténuation de la violence sexuelle ainsi que le plaidoyer pour des changements juridiques et la mise en œuvre de ces changements » ; ainsi qu'
- « aux interventions liées aux interactions entre les trois maladies, notamment la disponibilité des services de prévention grâce à des services intégrées de santé, en particulier pour les femmes et les adolescents dans le cadre des soins de santé reproductive. »

Source: Global Fund, 2008c. Global Fund, 2008c, Round 9, Annex 3: 61

figure 4.1), il n'en n'est pas encore de même pour d'autres domaines de la SR tels que l'éducation sexuelle et la fourniture d'informations et services, malgré le fait que des suggestions sur des possibilités d'intégration soient disponibles, par exemple, dans les *Guidelines for Integrating Sexual and Reproductive Health into the HIV/AIDS Component Country Coordinated Proposals to be Submitted to the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*.

Bien que l'intégration puisse être vitale dans certains environnements, toutes les propositions faites par les pays ne sont pas nécessairement convenables. L'intégration n'est pas souhaitable si la décentralisation entraîne la mise en concurrence avec d'autres priorités. L'intégration de la SR à d'autres services fondamentalement déficients peut entraîner l'affaiblissement de tous

Encadré 4.2

Principaux cadres et guides de liaisons et d'intégration

Le document *Sexual and Reproductive Health & HIV/AIDS: A Framework for Priority Linkages*, élaboré par l'OMS, le FNUAP, ONUSIDA et l'IPPF en 2005 « propose un ensemble de politiques clés et d'actions programmatiques pour renforcer les liaisons entre la SR et les programmes de VIH/Sida. » Le cadre met en évidence quatre domaines prioritaires à l'intersection de la SR et du VIH/Sida, à savoir : la recherche du statut sérologique, la promotion de la sexualité sans risques, l'optimisation de la connexion entre le VIH/Sida et les services pour les IST, et l'intégration du VIH/Sida dans la santé maternelle et infantile. Ce cadre est accompagné d'un examen systématique des données, d'un outil d'évaluation et d'études de cas par pays.

En 2007, un consortium a préparé des directives intitulées *Guidelines for Integrating Sexual and Reproductive Health into the HIV/AIDS Component Country Coordinated Proposals to be Submitted to the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria* (Directives pour l'intégration de la santé sexuelle et reproductive dans la composante VIH/Sida des propositions de pays à soumettre au Fonds mondial pour la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme). Lesdites directives énumèrent les possibilités d'intégration de la SR et du VIH/Sida par le biais de services de CDV, de PTME, d'ARV, de programmes pour les adolescents, de programmes pour les populations vulnérables (consommateurs de drogues par injection, professionnels dans l'industrie du sexe, homosexuels et personnes vivant avec le VIH), de programmes pour lutter contre les vio-

lences sexuelles, et de stratégies de renforcement des systèmes de santé communautaire. Pour chacune de ces composantes, les directives mettent l'accent sur la nécessité de renforcer les éléments fonctionnant de manière satisfaisante en ce qui concerne la formation, les services, les approvisionnements, le plaidoyer, le renforcement des capacités, de suivi et d'évaluation. Les directives ont été actualisées pour les cycles 8 et 9 en début 2008.

En 2007, le projet ACQUIRE financé par l'USAID a publié un cadre d'intégration de la planification familiale et du traitement du VIH/Sida, intitulé *Family-Planning Integrated HIV Services: A Framework for Integrating Family Planning and Antiretroviral Therapy Services*. Ce cadre fournit une liste de services possibles en planification familiale susceptibles d'être intégrées à cinq niveaux de services pour le VIH.

Un groupe de travail inter-agence sur l'intégration de la PF au VIH/Sida, appuyé essentiellement par l'USAID, élabore actuellement les *Considérations stratégiques pour le renforcement des liaisons entre les politiques, programmes et services de service pour le VIH/Sida*. (FP/HIV Interagency Technical Working Group, 2008). Ce document décrit les avantages et les défis des différents types d'intégrations et fournit des exemples d'intégration de la PF dans le VIH et du VIH dans la PF. Les données de ces programmes dans le monde entier indiquent que l'intégration de la PF et du VIH doit comporter un certain minimum de services.

Tableau 3.1**Niveau minimal d'intégration de la SSR/PF dans le VIH/Sida****PF → VIH****Dépistage de grossesses non désirées****Counseling sur:**

- ▶ La protection double/l'utilisation du préservatif

Autres références pour:

- ▶ Clientes à risque de grossesses non désirées; référence aux services de PF
- ▶ Clientes désirant des grossesses; référence aux services de PF pour information sur le timing et l'espacement adéquats pour les grossesses
- ▶ Clientes séropositives désirant des grossesses; référence aux services de PTME pour counseling sur les grossesses sans risques et la PTME

Source: adapté de Wicher et Askew, 2009.

VIH → PF**Counseling sur:**

- ▶ La transmission et la prévention du VIH, ainsi que le dépistage
- ▶ Les options en santé reproductive et en contraception pour les clients séropositifs
- ▶ La protection double et l'encouragement à l'utilisation du préservatif
- ▶ Information sur le timing et l'espacement adéquats pour les grossesses

Dépistage du VIH et des IST**Autres références pour:**

- ▶ CDV pour les clients à risque d'infection par le VIH
- ▶ Soins et traitement pour les clients séropositifs
- ▶ Importance de la PTME pour toutes les clientes désirant une grossesse
- ▶ Gestion syndromique des clients susceptibles d'avoir une autre IST

les services.⁶⁷ En outre, l'intégration des services de VIH dans un programme de SR peut être inappropriée au niveau national en cas d'épidémie concentrée ou de faible niveau. Dans ce scénario, la majorité des clients de santé en matière de reproduction peut ne pas être à risque de VIH et ne pas avoir besoin de services pour le VIH ; par conséquent, des programmes ciblés de services pourraient avoir davantage d'impact.⁶⁸ Toutefois, il est essentiel pour les populations clés, tels que les professionnels dans l'industrie du sexe, d'avoir accès à l'ensemble de la panoplie des services en matière de santé reproductive. Les professionnels dans l'industrie du sexe et autres populations clés auront moins tendance à rechercher l'accès aux services sanitaires publiques parce qu'ils sont victimes de stigmatisation et de discrimination.⁶⁹ Le Fonds mondial « promouvra et financera les activités qui ... donnent la priorité aux femmes qui ont des difficultés à accéder aux services de santé ... telles que les professionnelles dans l'industrie du sexe. »⁷⁰

NÉCESSITÉ DE CONNAÎTRE LA SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE DU VIH/SIDA AINSI QUE DE L'ENVIRONNEMENT DE LA SANTÉ EN MATIÈRE DE REPRODUCTION DANS VOTRE PAYS

Les propositions destinées au Fonds mondial en matière de VIH doivent être fondées sur une compréhension claire de l'épidémiologie du VIH dans le pays ; ceci justifie le slogan d'ONUSIDA : *Connaître votre épidémie*.⁷¹ Pour les propositions comportant l'intégration avec la SR, il est également important de connaître l'environnement de la santé reproductive – y compris en matière de politiques et de programmes, ainsi qu'en ce qui concerne la production de données sur les résultats.

Le Fonds mondial demande aux pays de fournir certaines de ces données épidémiologiques. Pour planifier l'intégration des programmes de SR et du VIH/Sida, il est important d'avoir le plus large éventail de données pour pouvoir comprendre l'environnement de la santé reproductive :

Integration of RH and HIV/AIDS programs and addressing structural linkages are closely related to the gender strategy.

- Quel est le taux général de fécondité – i.e. les femmes accouchent de combien d'enfants ?
 - Quel est le taux d'utilisation de contraception ?
 - Quels sont les taux de besoins non-satisfaits en matière de planification familiale ?
 - Quel est le pourcentage de grossesses non désirées ?
 - Quel est le pourcentage de grossesses non désirées chez les femmes séropositives ?
 - Quel est le pourcentage de femmes ayant vécu des actes de violence de la part de leurs partenaires sexuels ?
 - Quel pourcentage de femmes enceintes reçoivent des consultations prénatales ?
 - Quel est le pourcentage d'accouchements effectués dans des structures médicales ?
 - Quelles sont les populations clés à risque d'infection par le VIH ? Quel est le taux de prévalence du VIH et quels sont les taux d'incidence parmi les diverses populations clés ?
 - Quels sont les principaux facteurs de l'épidémie du VIH chez chaque catégorie spécifique de population ?
 - Quel est l'âge moyen des premiers rapports sexuels, du mariage et de la première grossesse ?
 - ISTⁱⁱ
- En outre, en examinant l'intégration des programmes, il est important d'évaluer la disponibilité des services de SR :
- Les adolescents ont-ils accès à une éducation sexuelle, ainsi qu'à des connaissances et méthodes complètes et de qualité, pour réduire le risque d'infection par le VIH et de grossesses non désirées et, s'ils sont séropositifs, à des services qui répondent à leurs besoins ?
 - Les femmes vivant avec le VIH ont-elles accès à la contraception ? Les femmes vivant avec le VIH ont-elles accès à des informations précises sur les diverses options disponibles en matière de contraception, la contraception d'urgence et l'accès à l'avortement ou à des soins post-avortement sans risques ?⁷² Les femmes dont le statut sérologique est inconnu ont-elles accès à la contraception ? Les femmes reçoivent-elles des informations et des services promouvant l'utilisation d'une méthode double (tant les préservatifs que la contraception) ?
 - Les femmes ont-elles accès à des consultations prénatales ? A des accouchements par des prestataires qualifiés ? A des services de planification familiale post-partum ? Ces services incluent-ils le conseil et des tests volontaires de dépistage ? Les femmes ont-elles accès à la PTME ? A la thérapie HAART ?
 - Les populations clés, telles que les professionnelles dans l'industrie du sexe et les femmes marginalisées ont-elles accès au CDV, à la contraception, aux informations sur la prévention de la transmission mère-enfant, à la thérapie HAART ?
 - Les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ont-ils accès au dépistage et au traitement des infections sexuellement transmissibles, ainsi qu'au CDV, aux préservatifs et à la thérapie HAART ?
 - Quel est le taux de mortalité maternelle lié à l'avortement à risque ? Les femmes ayant bénéficié de services pour l'avortement ou de soins post-avortement reçoivent-elles des conseils en planification familiale, des références, ou des services de CDV en tandem avec le traitement et les soins pour le VIH ?
 - Quelles sont les méthodes utilisées pour

ii Des recherches sont en cours pour déterminer les IST et traitements pour les IST susceptibles d'avoir un impact sur la transmission et l'acquisition du VIH ; toutefois, il est important d'aborder les IST dans le cadre d'une approche globale de la SR.

Exemple illustratif pays: **haut taux de prévalence du VIH, taux de fécondité moyen**

Le pays a un taux de prévalence du VIH de 15 à 30 %. La multiplicité des partenaires sexuels, en particulier chez les hommes mais aussi chez des femmes, tant dans le contexte ainsi qu'en dehors des liens du mariage, est courante et largement acceptée, y compris dans le cadre des campagnes parrainées par le gouvernement pour lutter contre le Sida. Des activités de traitement ont été déployées, mais la distribution de préservatifs reste minimale ; la stigmatisation des femmes vivant avec le VIH et tombant enceintes est grande, et il n'existe pas de CDV confidentiel pour les jeunes de moins de 21 ans. L'accès à la contraception est inadéquat et moins de la moitié (55 %) des femmes ont recours à au moins une méthode de contraception. Les femmes dans ce pays ont en moyenne trois enfants au cours de leur vie. Pour un pays présentant ces caractéristiques, l'intégration pourrait comporter les éléments suivants :

- éducation exhaustive sur la sexualité ainsi que sur les compétences pour la vie, dans les structures de santé scolaires et autres structures de santé conçues pour fournir aux jeunes des sessions complètes de groupes sur l'éducation sexuelle, y compris sur l'abstinence et la réduction du nombre de partenaires, l'éducation par les pairs, les options en matière de contraception, le CDV et la distribution de préservatifs masculins et féminins ;
- disponibilité d'options de contraception volontaire, et promotion des méthodes doubles à l'aide de préservatifs masculins ou féminins dans les centres de CDV ; veiller à atteindre les femmes avant qu'elles ne tombent enceintes, afin de réduire le nombre de grossesses non désirées, grâce aux consultations prénatales et aux programmes de PTME, et aux programmes de traitement et de soins pour le VIH ;
- élargissement de l'accès à la planification familiale et aux structures de planification

familiale ainsi qu'aux centres destinés aux jeunes ; CDV et options de contraception, dans le cadre du traitement et des soins pour les personnes dépistées séropositives ;

- accroître la disponibilité des préservatifs et des contraceptifs oraux par des activités de promotion et de distribution ;
- fournir aux femmes vivant avec le VIH et ne désirant pas tomber enceintes des sessions de conseil sur les interactions entre les différentes options de contraception et les antirétroviraux, sans porter de jugement sur leurs activités sexuelles ;
- fournir aux femmes vivant avec le VIH et désireuses de devenir enceintes des informations sur les moyens les plus sûrs de réduire la transmission mère-enfant ;
- veiller à ce que les prestataires reçoivent une formation continue en matière de VIH et de SR/PF, notamment en ce qui concerne les options de contraception pour les femmes séropositives et le conseil qui exclut le fait de porter jugement sur l'activité sexuelle des clients ;
- mettre en œuvre des stratégies de communication en vue de modifier les comportements et accroître la conscience des risques inhérents à la multiplicité des partenaires, et la manière de réduire ces risques par l'utilisation de préservatifs, du CDV et la réduction du nombre de partenaires ;
- élaboration de politiques sur l'âge requis pour les CDV confidentiels sans consentement parental.

*«Les programmes de prévention doivent viser à réduire la pratique des partenariats sexuels multiples, qu'ils soient simultanés ou non, et à communiquer sur la plus grande probabilité de risques dans le cadre des rapports sexuels simultanés - y compris quand ils sont à long terme et socialement acceptés. Dans les pays en Afrique subsaharienne où les taux de prévalence du VIH sont extrêmement élevés, la probabilité que le partenaire sexuel soit infecté par le VIH varie d'un sur quatre à un sur six, rendant extrêmement risqués les rapports sexuels non protégés avec une personne au statut sérologique inconnu. » (ONUSida, 2008: 45; Cassels et al, 2008 cité dans l'ONUSida, 2008:119).

Exemple illustratif pays: **faible taux de prévalence du VIH, taux de fécondité élevé**

Le pays a un taux de prévalence de VIH de moins de 2 %, et la transmission se fait en grande partie dans le cadre des rapports hétérosexuels. Cependant, les taux de prévalence sont inégaux, avec certains secteurs enregistrant 20 %. Les femmes ont en moyenne cinq enfants, soit deux de plus qu'elles en auraient voulu. Moins d'une femme sur cinq utilise la contraception et il existe des besoins non satisfaits en matière de planification familiale pour environ 35 % d'entre elles. Les données ne permettent pas d'évaluer le nombre idéal d'enfants que les hommes aimeraient avoir. L'avortement, récemment légalisé, demeure risqué et n'est pas jumelé avec des soins post-avortement, y compris l'accès à la contraception. On estime qu'un tiers de la mortalité maternelle est dû aux avortements à risque, et les cas d'avortement représentent plus de la moitié des admissions en gynécologie.

Seule une femme sur trois bénéficiant des services d'avortement quitte la structure avec une méthode de contraception. En outre, en dépit d'un plus fort taux de prévalence du VIH dans les structures de consultations prénatales (une étude a montré des taux de plus de 10 % dans les structures urbaines et 3 % dans les structures rurales de consultations prénatales), peu de services en planification familiale sont fournis dans le cadre des programmes de PTME aux fins de réduire le nombre de grossesses non désirées et, par conséquent, la transmission mère-enfant. Le statut d'infériorité sociale des femmes accroît l'impact du VIH/Sida. Près de trois quarts des femmes ont subi une forme ou une autre de violence sexuelle, et près d'une femme sur cinq rapporte que ses premiers rapports sexuels ont été forcés. Dans un tel contexte, l'intégration pourrait comporter :

- l'extension de l'accès à la contraception pour réduire le nombre de grossesses non désirées ; la fourniture d'options de contraception volontaire ainsi que la promotion de méthodes doubles avec les préservatifs masculins ou féminins dans les centres de CDV, dans le cadre de la PTME, des consultations prénatales et anténatales, ainsi que des programmes de traitement et de soins pour le VIH ;
- l'extension de l'accès à la planification familiale dans les cliniques et centres orientés vers les jeunes ; la fourniture de CDV ainsi que d'options de contraception de pair avec le traitement et des soins pour les personnes dépistées séropositives ;
- pour toutes les services en matière d'avortement, le conseils en contraception et la fourniture de méthodes doubles, de la PPE en cas de viol, et de références aux services de CDV ; la mise en place de services pour les avortements sans risque, par une formation avant l'emploi ou en cours d'emploi ; l'acquisition d'équipements adéquats, et le conseil ;
- la fourniture de la PPE et des services de contraception d'urgence en cas de viol ;
- la modification du statut d'infériorité sociale des femmes grâce à des réformes juridiques et au changement de comportements par la communication (BCC) pour rendre inacceptables les violences faites aux femmes ;
- les activités de mobilisation communautaire et d'apprentissage interactif pour les garçons et les filles aussi bien que pour les hommes et les femmes, en vue d'encourager l'égalité entre les sexes.

Exemple illustratif pays: **satisfaction des besoins des homosexuels et des professionnels dans l'industrie du sexe**

Dans ce pays, il y a deux groupes de populations ayant des comportements qui les exposent à des risques élevés d'infection par le VIH : les homosexuels n'ayant pas de partenaires féminins et ne se livrant pas au commerce du sexe, mais n'utilisant que rarement des préservatifs, et les professionnels dans l'industrie du sexe - des femmes en majorité. L'avortement est illégal dans le pays, mais les soins post-avortement sont faciles d'accès. Les professionnelles dans l'industrie du sexe voudraient avoir accès aux services de CDV, de santé maternelle, aux soins pour les IST, aux soins post-avortement, à la planification familiale et aux services de santé sexuelle et reproductive dans les structures ordinaires de santé, mais elles en sont découragées par des comportements stigmatisants de la part des prestataires. Dans un tel contexte, l'intégration pourrait comporter les éléments suivants :

- Les organisations de la société civile et les organisations communautaires peuvent mener des activités de sensibilisation en direction des professionnelles dans l'industrie du sexe et des homosexuels dans le cadre de sessions d'éducation par les pairs sur la santé reproductive et le VIH, avec des informations sur l'existence de la stigmatisation dans les structures de santé.
- Des cliniques mobiles dans les hôtels fréquentés par les professionnels dans l'industrie du sexe, des services bénévoles

et complètes de santé sexuelle et reproductive pour les professionnels dans l'industrie du sexe, y compris en matière de planification familiale, de dépistage volontaire des IST, de conseils juridique pour les cas de viol et de violence, de soins requis pour les cas de viol et de violence (y compris la prophylaxie post-exposition), d'informations et de liaisons avec les services de prévention mère-enfant (y compris pour les professionnels dans l'industrie du sexe vivant avec le VIH). La mise sur pied, dans ces lieux, de services répondant aux besoins des professionnels dans l'industrie du sexe permettra à ces derniers d'accéder à des services accueillants, dans le cadre desquels ils ne se sentiront pas stigmatisés.

- Au niveau des services de soins post-avortement dans le cadre desquels les femmes présentent des grossesses non désirées, il est judicieux d'offrir le CDV aux femmes et à leurs partenaires, d'offrir le CDV aux femmes célibataires, et des options de contraception ainsi que des opportunités pour le traitement et les soins du VIH aux femmes séropositives.
- Permettre l'accès des homosexuels aux soins pour les IST, au conseil en matière de préservatifs, et faire usage de programmes de sensibilisation communautaire visant à réduire la stigmatisation et la discrimination.

que les services de SR et de prévention du VIH atteignent les hommes ? Quelle est l'approche pour les couples ?

Excellentes ressources pour les données en SR et les questions de genre :

- Bureau national de la statistique du pays
- Mesures démographiques et enquêtes sur la santé par pays-

- Enquête pays principale: <http://www.measuredhs.com/countries/>
- Module sur la disponibilité des services : Evaluations des services : <http://www.measuredhs.com/aboutsurveys/spa.cfm>
- Module sur les violences domestiques : http://www.measuredhs.com/topics/gender/archives/dv_publications.cfm

Exemple illustratif pays: **lutte contre les violences sexistes**

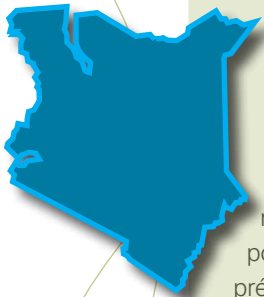
Dans le pays, une enquête démographique a montré que 50 % des femmes dans la capitale avaient été victimes de violences et de viols conjugaux qui, bien que n'étant pas considérés comme des délits, ces actes ont fréquemment été signalés. Les femmes dans les couples sérodiscordants, qui auraient besoin de la prophylaxie post-exposition (PPE) ou d'un avortement à la suite d'un viol conjugal, n'y ont pas accès puisque le viol conjugal « n'existe » pas dans le cadre légal. Les organisations de la société civile (OSC) dans le pays fournissent des services complets aux victimes des actes de viol, notamment en ce qui concerne les IST/VIH, la prophylaxie post-exposition, la contraception d'urgence, le conseil et les services de médecine légale. Ces services sont pratiquement introuvables en dehors de la capitale. La plupart des femmes considèrent la violence comme un aspect normal de la vie. Très souvent les femmes n'informent pas leur partenaire de leur statut sérologique de peur de violences. L'avortement est illégal sauf en cas de viol, mais les services en matière d'avortement ne sont pas sans risques. Les femmes n'ont pas accès aux services d'IST. En outre, une étude réalisée en 2006 dans le cadre de programmes de prévention de la transmission mère-enfant montre des taux élevés de violence contre les femmes, en particulier chez les femmes qui ont été déclarées séropositives.*

Le pays pourrait envisager un programme comportant les composantes suivantes :

- campagne publique de sensibilisation sur le caractère inacceptable de la violence dans toutes les circonstances, ainsi pour une prise de conscience accrue du fait que la notion de consentement n'est pas valable dans le cadre de rapports sexuels avec toute personne en dessous de l'âge légal de consentement ;
- mise en place d'un forum sur les politiques pour promouvoir une modification de la loi afin de permettre aux victimes de viol conjugal d'accéder à la PPE ;
- fourniture des services en cas de viol, y compris la PPE, au niveau national ;
- CDV, liaisons avec les services de VIH, dépistage et traitement des IST par le biais des consultations prénatales, prévention de la transmission mère-enfant et planification familiale, pour qu'il y ait moins de stigmatisation envers les femmes ;
- programmes de sensibilisation des femmes et des hommes pour réduire la banalisation de la violence, avec des informations sur les risques tant de la violence que du VIH pour la santé des hommes et des femmes ;
- liaison des programmes de prévention de la transmission mère-enfant avec les services pour les victimes de viol ;
- alternatives économiques pour permettre aux femmes victimes de violence de quitter leurs conjoints ;
- formation du secteur judiciaire et de la police, ainsi que des prestataires de soins de santé, et campagnes publiques pour accroître la connaissance de leurs droits légaux par les femmes en cas de viol, et pour accroître l'éventualité du recours à une assistance en cas de viol ;
- mobilisation communautaire pour accroître les aptitudes à la communication et l'amélioration des relations au sein du couple en vue de réduire la violence ;
- conseil et suivi des couples suivant l'autorisation de la femme, afin de réduire la stigmatisation liée aux tests séropositifs.

**Selon une étude de Crichton et al. 2008.*

Exemple pays: intégration du VIH à la SR au Kenya – Des politiques à la pratique



Le gouvernement et la société civile au Kenya se sont réunis à la fin des années 1990 afin d'analyser les données épidémiologiques démontrant que beaucoup de femmes en âge de procréer vivaient avec le VIH, souffraient de violences sexuelles, avaient un nombre important de grossesses non désirées, et bénéficiaient, pour un pourcentage assez élevé, de consultations prénatales. Les femmes vivant avec le VIH désiraient le plus souvent obtenir des informations sur le meilleur timing pour les accouchements et le moyen le plus sûr de mener une grossesse à terme et d'avoir un bébé en bonne santé et séronégatif. Les politiques nationales comportaient des éléments distincts pour la planification familiale, la santé maternelle et le VIH. Et pourtant, un nombre important de femmes enceintes vivait avec le VIH, et un nombre important de femmes vivant avec le VIH désirait des renseignements et des services de contraception correspondant à leurs besoins. La modification des politiques nationales était essentielle pour le déploiement de programmes intégrés susceptibles d'avoir un impact sur les résultats des programmes de VIH.

Le Kenya créa un comité composé de fonctionnaires du Ministère de la Santé en charge de la planification familiale, du VIH, de la santé maternelle et des violences sexuelles qui devait tenir des réunions régulières pour élaborer une politique intégrée. Les organisations de la société civile, et notamment les groupes de femmes disposant d'une expertise sur ces sujets, prirent part comme parties intégrantes aux travaux du comité. Un budget modeste avait été alloué pour les travaux du comité pour couvrir les frais de voyage des organisations de la société civile. Au bout de deux ans, une nouvelle politique avait été mise sur pied : la « Stratégie pour l'intégration de la planification familiale et des services volontaires de conseils et de soins. » La politique révisée a fourni un cadre spécifique pour les services de VIH, de santé maternelle, en matière de violences sexuelles, de planification familiale et de santé reproductive. Le gouvernement kenyan a publié de nouvelles normes et directives (Ayisi et al, 2008). Le tableau 1 montre quels services de SR/PF et de VIH/Sida ont été intégrés.

Tableau 1. Modèle kenyan d'intégration de la SR et du VIH: Qu'est-ce qui est intégré?

SERVICES DE VIH/SIDA		SERVICES DE VIH/SIDA		SERVICES DE SR		SERVICES DE SR	
CDV	+	PF, TAR, CCC, IST, préservatifs	PF	+	CDV, TAR, CCC, IST, préservatifs		
PTME	+	PF, TAR, CCC, IST, préservatifs	CP	+	PTME, TAR, CCC, PF, IST, dépistage TB, préservatifs		
TAR	+	CCC, IST, PF, préservatifs	Accouchement	+	IST, PTME...		
CCC	+	PF, IST, CDV, préservatifs	Post-partum	+	CDV, TAR, CCC, PF, IST, préservatifs		
Note:			SAA/ Avortement	+	CDV, TAR, CCC, PF, IST, préservatifs		
CDV—Conseils et dépistage volontaires		PF—Planification familiale	Post-viol	+	CDV, CT/PPE, TAR, CCC, CU, préservatifs		
PTME—Prévention de la transmission mère-enfant		CP—Consultations prénatales	IST	+	Préservatifs		
TAR—Thérapie antirétrovirale		SAA—Soins après-avortement	Dépistage cancer du col de l'utérus	+	CDV, CCC, PF, préservatifs		
CCC—Communication pour le changement de comportement		IST—Infection sexuellement transmissible.					

Source: Ayisi et al., 2008.

Exemple pays: **intégration du VIH à la SR au Kenya – Des politiques à la pratique** (suite)

Une étude de l'intégration au Kenya en 2007 a démontré que des progrès avaient été accomplis et avaient permis la mise en place d'un certain nombre de mesures pour faire face aux obstacles opérationnels à l'intégration. Ces recommandations constituent un guide utile pour les autres pays envisageant l'intégration :

- élaboration de politiques nationales et d'une stratégie opérationnelle claires, de directives en matière de services et de supervision, afin d'appuyer les activités d'intégration ;
- renforcement du groupe technique inter agences (ITWG, *Interagency Technical Working Group*) en le dotant de davantage d'autorité et d'un budget pour lui permettre de superviser le processus d'intégration ;
- renforcement de l'agence kenyane de fournitures médicales (KEMSA, *Kenyan Medical Supplies Agency*) pour lui permettre de fournir un soutien logistique efficace et des produits sûrs ;
- accroissement du nombre de prestataires, sensibilisation des personnels (anciens et nouveaux) ainsi que des cadres supérieurs et des parties prenantes, et renforcement de leurs capacités ;
- rénovation et réorganisation des services et structures de santé ;
- campagnes d'éducation du public afin d'informer les communautés sur la disponibilité des services intégrées.

Source: Okundi et al. 2008.


- Etudes pays (par ex. : interventions, recherches programmatiques et évaluations des programmes)
- Etudes pays sur les politiques, les lois et les droits
- *Identifying What Works: Evidence on HIV and AIDS Interventions for Women and Girls*. New York: Open Society Institute. [Bientôt sur www.osi.org].
- Etude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et les violences domestiques à l'égard des femmes – Fiches signalétiques par pays : http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/fact_sheets/en/index.html
- Projet « Statistiques féminines » - Women Stats Project : <http://www.womanstats.org> pour des informations sur la violence domestique, les agressions sexuelles et le viol
- Information générée par la participation des communautés et des populations cibles à l'évaluation

On trouvera ci-après des exemples illustratifs de pays ayant des taux divers de prévalence du VIH et de fertilité. Ces études de cas sont basées sur une combinaison de données pratiques dans chaque pays. Les noms des pays ne sont pas donnés étant donné qu'aucune de ces études de cas n'est illustrative de la réalité dans un seul pays donné. Les références utilisées pour les études de cas par pays figurent dans la section bibliographique du présent document.

NÉCESSITÉ DE CONNAITRE LA STRUCTURE DE VOS POLITIQUES ET PROGRAMMES NATIONAUX EN MATIÈRE DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

Le Fonds mondial appuie les propositions « qui se fondent sur les programmes nationaux et régionaux en cours et œuvrent à soutenir les politiques, priorités et partenariats nationaux – ces propositions leur doivent être complémentaires et travailler en coordination avec eux. »⁷³

Exemple pays: **GHESKIO en Haïti**



De 1985 à 2000, le Groupe Haïtien d'Etude du Sarcome de Kaposi et des Infections Opportunistes (GHESKIO) – OSC disposant d'un centre de CDV en Haïti – a accru l'intégration de services supplémentaires de santé. Le nombre de nouvelles personnes requérant le CDV est passé de 142 en 1985 à 8 175 en 1999, soit 62 fois de plus qu'auparavant. Parmi les adultes requérant pour la première fois le CDV en 1999, GHESKIO a assuré a 17 % de soins pour le Sida, a 6 % des soins pour la tuberculose, a 18 % une prise en charge de cas d'IST, et 19 % sont devenus de nouveaux utilisateurs d'une méthode contraceptive. Sur les 6 709 adultes venant pour le CDV en 1999, 36 % ont bénéficié d'au moins une visite par les prestataires. Sur les 2 013 adultes testés séropositifs, 56 % ont bénéficié d'au moins une visite par les prestataires et 21 % ont référé un partenaire sexuel pour le CDV. Cent dix partenaires sexuels séronégatifs de personnes séropositives ont été identifiés ; de ce nombre, 85 sont retournés pour un nouveau test de dépistage du VIH sur une période moyenne de 18 mois, et aucune de ces 85 personnes séronégatives n'est devenue séropositive. Le taux de prévalence du VIH chez les patients dont s'occupe GHESKIO était de 30 %, soit six fois le taux de prévalence dans la population adulte haïtienne en général.

Ont été ajoutées à la panoplie les services suivantes : en 1989, le dépistage, le diagnostic et le traitement de la tuberculose ; en 1991, la prise en charge des IST ; en 1993, la planification familiale et le soutien nutritionnel aux familles touchées par le VIH. En 1999, le GHESKIO a ajouté des soins pour les femmes séropositives enceintes et leurs nourrissons, y compris la zidovudine et des bouillies pour bébé. Depuis 1999, le GHESKIO fournit la contraception d'urgence et une prophylaxie post-exposition comprenant trois médicaments antirétroviraux aux victimes féminines de viol et aux travailleurs dans le secteur de la santé ayant subi une

exposition accidentelle au VIH. Lors de leur première visite au GHESKIO, les clients sont aidés à élaborer une stratégie personnelle de réduction du risque de VIH. Les patients signalant des antécédents de toux depuis plus de trois semaines bénéficient de tests de dépistage de la tuberculose sur place, le jour même, y compris par l'examen médical et celui des crachats. Les patients présentant des symptômes d'IST reçoivent des traitements sur la base d'algorithmes. Tous les patients subissent des tests de dépistage de la syphilis. Les tests de grossesse sont faits et les résultats donnés le même jour. Les préservatifs sont fournis. Tous les patients sont encouragés à obtenir la planification familiale. Les patients séronégatifs bénéficient de conseils par groupes de cinq. Tous les patients séropositifs bénéficient de conseils individuels et sont encouragés à référer leurs partenaires sexuels ; il leur est donné des soins complets pour le VIH, y compris la HAART pour tous les patients adultes, la PTME, l'accès à long terme à la HAART après l'accouchement, le traitement pour les infections opportunistes, les soins à domicile et un soutien nutritionnel ; en outre, les membres de la famille prenant soin des patients sont formés. L'accessibilité à d'autres services de santé reproductive pourrait encourager les gens à requérir le CDV malgré la forte stigmatisation à laquelle sont encore confrontées les personnes diagnostiquées séropositives en Haïti.⁷⁴ Une étude de cas menée en 2007 sur les liaisons et l'intégration au niveau du GHESKIO a conclu que la stigmatisation et la discrimination sont des obstacles à l'intégration, et nécessitent une attention constante ; la fourniture de services sous un même toit favorise la recherche du conseil et du dépistage ; des sessions de conseil pour les clients recherchant les tests de dépistage constituent d'excellentes opportunités d'élargir la SR aux hommes, aux jeunes et aux personnes vivant avec le Sida ; la formation des prestataires à la fois dans le VIH/Sida et la SR permet une plus grande souplesse pour l'organisation des services.

Les politiques et programmes sont généralement distincts pour le VIH/Sida, la planification familiale et la santé maternelle. En 2004, une étude des matériaux utilisés dans le cadre de la planification familiale intégrée au VIH, au CDV et aux politiques de prévention de la transmission mère-enfant dans 16 pays en voie de développement a démontré que seulement la moitié de ces matériaux mentionnaient la planification familiale dans leurs programmes nationaux de politiques de VIH/Sida.⁷⁴

Des exemples pays montrent que les structures verticales de programmes peuvent faire obstacle à l'intégration et indiquent ce que les pays peuvent faire pour promouvoir l'intégration requise :

Certains pays prennent des mesures pour promouvoir l'intégration des structures programmatiques appropriées. Bien que les politiques du gouvernement éthiopien en matière de VIH appuient

l'intégration des services de VIH et de santé de la reproduction, celle-ci reste essentiellement verticale en termes d'administration des programmes, de financement et de services.⁷⁵ Dans la proposition soumise avec succès au 7^{ème} cycle, le gouvernement éthiopien a proposé « l'accélération de l'intégration des services de prévention de la transmission mère-enfant aux services de santé maternelle et infantile ainsi que de planification familiale, » et la formation de plus de 2 000 agents des services de santé maternelle et infantile et de prévention de la transmission mère-enfant, l'accent devant être mis, dans le cadre des services, sur toutes les femmes en âge de procréer, sur toutes les femmes enceintes et leurs partenaires masculins, et sur les familles. Les agents affectés au travail de proximité en soins infirmiers sont censés atteindre les femmes enceintes dans les zones rurales. Toutefois, les services de planification familiale n'ont pas été incorporés à la proposition.

Exemple pays: **la FHOK au Kenya**

La principale ONG kenyane en matière de planification familiale, la *Family Health Options Kenya* (FHOK), a travaillé à intégrer les services depuis 1999. Dans le cadre du projet *Models of Care* initié par la GTZ et mis en œuvre par l'*International Planned Parenthood Federation*, la FHOK est pionnière dans l'offre d'antirétroviraux dans un environnement de SR/PF intégrées. La FHOK a également cherché à élargir sa clientèle en mettant l'accent sur les hommes (jeunes et adultes), et en développant des partenariats avec d'autres organisations non gouvernementales et des organisations de soutien communautaire. Une étude de cas menée en 2007 a montré que les services de VIH et de SR peuvent être liées et intégrées, et que la fourniture des ARV dans un contexte de services de SR est faisable. L'étude présente un certain nombre de recommandations pouvant être utiles à d'autres pays et à d'autres OSC envisageant l'intégration : la nécessité d'obtenir un financement souple des donateurs ; la nécessité d'atteindre les hommes et de satisfaire à leurs besoins ; le fait que la meilleure manière de promouvoir la santé sexuelle et reproductive parmi les jeunes gens et de les sensibiliser au VIH est de rendre l'information et les services disponibles dans le cadre d'un programme plus large visant à la satisfaction de leurs besoins sociaux ; et le fait que prévoir un espace pour permettre aux groupes communautaires de se rencontrer et de mener leurs activités peut permettre aux structures de santé de renforcer les liaisons avec leur clientèle à l'avantage mutuel des deux parties.

Source: OMS, 2008b.

Le renforcement des prestations de santé implique: des interventions efficaces, sans risques et de qualité pour ceux qui en ont besoin.

En janvier 2008, le Nigéria a élaboré des politiques d'orientation de l'intégration des services de SR et de VIH/Sida. En élaborant cette politique, le Ministère fédéral de la Santé a noté que le taux des besoins non satisfaits en matière de contraception s'élevait à 17 % et que celui de la prévalence du VIH était de 4,4 %. Le taux d'utilisation des méthodes modernes et efficaces de contraception est de 8 %. Seuls 33 % des femmes enceintes accouchent entre des mains expertes. Pour justifier l'intégration, le Ministère a noté que : « Les femmes en quête de services liés au VIH ... sont souvent à la fois sexuellement actives et

fécondes, tandis qu'une proportion importante des personnes sollicitant des services de SR est exposée au risque d'infection par le VIH ou est déjà infectée. »⁷⁶ Le gouvernement reconnaît qu'« actuellement, la prévention, le conseil, la planification familiale et les autres services de SR ne sont pas systématiquement proposés dans le cadre du CDV ou du traitement du VIH, » et que « le droit des personnes séropositives à des choix informés en matière de fécondité est systématiquement bafoué. » L'objectif des politiques pour 2008 est « d'accroître l'accès à des services de qualité en SR/VIH afin que le

Exemple illustratif pays: une approche RSS de l'intégration

Ce pays a des taux élevés de mortalité maternelle et un grand nombre de femmes de 15 à 35 ans vivent avec le VIH. Les femmes se rendent dans les structures de santé pour les visites prénatales, mais accouchent souvent à la maison étant donné la médiocrité des services de santé maternelle dans ces structures. En dépit des normes culturelles qui voudraient que les femmes aient des pairs avec elles lors de l'accouchement, la femme doit aller seule à l'hôpital. Les maternités sont sales et il n'y a pas assez de nourriture, d'eau ou de draps. Bien que les femmes apprennent leur séropositivité lors des visites prénatales et souhaitent donner naissance à des enfants séronégatifs, elles ne se rendent pas à l'hôpital pour les accouchements.

Le pays considère cette situation comme une lacune et se propose d'améliorer les maternités dans les hôpitaux afin d'accroître l'utilisation des services de PTME. Toutefois, la création de pavillons distincts pour la prévention de la transmission mère-enfant augmenterait la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des femmes enceintes vivant avec le VIH. par conséquent, les maternités dans les principaux hôpitaux sont améliorées, ce qui entraîne non seulement une augmentation de l'utilisation des interventions de PTME, mais renforce également le système de santé maternelle du pays au bénéfice de toutes les femmes enceintes. De fait, une étude récente en Côte-d'Ivoire a montré que la mise en œuvre d'un programme de PTME dans cinq établissements de santé en milieu urbain a amélioré la qualité des consultations prénatales et des services pour l'accouchement en général (Delvaux et al., 2008).

Le renforcement des réactions communautaires au sein des systèmes de RSS contribue à la consolidation des capacités nationales de réaction au VIH/Sida, au développement des ressources humaines pour faire face au VIH/Sida et à l'intégration des réactions communautaires dans le système sanitaire global.

nombre d'opportunités ratées soit réduit. »⁷⁷ Parmi les indicateurs proposés figurent l'accroissement du taux d'utilisation de la contraception de 2 % par an, une réduction de 25 % du taux de prévalence du VIH chez l'adulte tous les cinq ans, la réduction du taux de mortalité maternelle à 125 pour 100 000 naissances vivantes d'ici à 2010, et l'augmentation du nombre de structures proposant des services intégrés de SR/VIH.⁷⁸ En outre, le Ministère nigérian de la Santé se propose de procéder à la formation continue et à la formation préalable à l'embauche de son personnel, sur l'intégration de la SR et du VIH.

SAVOIR CE QUE LES OSC FONT OU PEUVENT FAIRE DANS LE CADRE DE L'INTÉGRATION

Les organisations de la société civile (OSC) ont en général été les premières dans les divers pays à intégrer les services de SR et de VIH/Sida, et elles disposent d'une flexibilité en matière de programmation que n'ont pas les programmes gouvernementaux. La portée des activités des OSC est généralement plus limitée que celle des services gouvernementaux de santé. Les pays devraient envisager de renforcer les OSC et leur collaboration avec le gouvernement afin de fournir des services intégrés. Les OSC peuvent fournir des services, s'attaquer aux causes de la vulnérabilité au VIH/Sida (par exemple, en entreprenant la mobilisation et l'éducation communautaire sur l'inacceptabilité de la violence), faciliter la réaction des communautés à l'épidémie, éduquer les communautés sur leur droit à des services de santé de qualité, et améliorer les résultats par un appui continu aux clients. Voici deux exemples de la manière dont les OSC ont intégré les services de SR et de VIH/Sida.

Les organisations de la société civile peuvent jouer un rôle crucial dans la fourniture de services en dehors des structures sanitaires. Les OSC sont en général les mieux placées pour atteindre les populations clés marginalisées. Par exemple, le programme le plus réussi visant à réduire la prévalence du VIH parmi les professionnels du sexe a été mené par les organisations de professionnels dans l'industrie du sexe, par la mobilisation de pairs éducateurs, la lutte contre la stigmatisation, l'accroissement des

opportunités de formation et d'autres interventions ne relevant pas des activités des structures sanitaires.⁷⁹ Bien qu'il soit important de les organiser en ayant recours à des prestataires de soins de santé, les programmes d'atténuation de la stigmatisation sont tout aussi efficaces dans le cadre d'interventions communautaires généralement menées par les OSC.

L'INTÉGRATION COMME ÉLÉMENT DU RENFORCEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ

Dans le cadre de son initiative de Renforcement des systèmes de santé (RSS), le Fonds mondial appuie des programmes prenant en charge les trois maladies par des voies et moyens contribuant au renforcement des systèmes de santé.⁸⁰ L'objectif du RSS, selon l'OMS, est de faire face aux « barrières dans les systèmes de santé, de telle manière que des résultats spécifiques soient atteints en même temps que des effets couvrant l'ensemble du système de santé, et que d'autres programmes en bénéficient. »⁸¹ D'après la fiche de renseignements de 2008, « le Fonds mondial reconnaît l'importance du soutien au renforcement des secteurs public et privé, ainsi que des systèmes communautaires de santé, dans lesquels les faiblesses et lacunes empêchent d'atteindre de meilleurs résultats en matière de réduction de la prévalence du VIH, de la tuberculose et du paludisme. »

Le renforcement des services de santé implique : des interventions efficaces, sans risques et de qualité pour ceux qui en ont besoin, où et quand cela est nécessaire, avec un gaspillage minimum de ressources ; un personnel apte et générant les meilleurs résultats possibles, avec un nombre suffisant d'agents adéquatement répartis ; un accès équitable aux technologies et fournitures médicales appropriées sur le plan scientifique et d'un bon rapport qualité/prix ; le financement de la santé pour garantir que les gens peuvent recourir aux services dont ils ont besoin ; le leadership et la gouvernance ainsi qu'un système d'information sanitaire qui fonctionne correctement (OMS, 2007). Le RSS est important pour l'intégration étant donné qu'il requiert que l'accent soit mis sur l'organisation du système de santé et la lutte contre

les obstacles politiques et programmatiques qui empêchent l'offre de services intégrées de SR et VIH/Sida, ou au moins les services par référence. Les questions de politiques relatives à l'intégration et aux liaisons, telles qu'abordées dans ce guide, y compris par l'intégration des initiatives en matière d'approvisionnement et de systèmes logistiques, sont applicables aux activités de RSS.

Le renforcement des réactions communautaires au sein des systèmes de RSS contribue à la consolidation des capacités nationales de réaction au VIH/Sida, au développement des ressources humaines pour faire face au VIH/Sida et à l'intégration des réactions communautaires dans le système sanitaire global.

L'IMPORTANCE DES FOURNITURES

Les programmes tant de VIH/Sida que de SR sont tributaires des fournitures pour la prévention, y compris des préservatifs et des contraceptifs. Dans le cadre de leurs propositions intégrées, les pays peuvent demander des financements du Fonds mondial pour se procurer des fournitures de santé reproductive, y compris les contraceptifs (oraux ou injectables, les DIU, etc.) et les préservatifs, mais peu d'entre eux le font. Une étude menée en 2007 a montré qu'alors que 47 pays s'étaient procuré des préservatifs masculins en utilisant de l'argent en provenance du Fonds mondial, la plus grande partie des achats n'avait été faite que par un nombre restreint de pays. De fait, la Tanzanie (28 %), la Namibie (25 %) et la République démocratique du Congo (9 %) à elles seules représentaient 62 % du total de ces achats. Deux pays – la Namibie (64 %) et Djibouti (27 %) représentent plus de 90 % des préservatifs féminins achetés sur financement du Fonds mondial.⁸²

En 2008, le Rwanda est devenu le premier pays à financer l'achat de contraceptifs sur sa subvention reçue du Fonds mondial. « Dans le

cadre de mesures importantes visant à la sûreté de la contraception et la prévention du VIH au Rwanda, les parties prenantes locales du Fonds mondial ont décidé de financer les contraceptifs en prenant un engagement sur trois ans d'une valeur de plus de 2,4 millions de dollars US lors du 7^{ème} cycle. Des fonds du Fonds mondial ont été utilisés par le passé pour financer l'achat de préservatifs dans un certain nombre de pays, mais le Rwanda passe pour être le premier pays à avoir financé l'achat de contraceptifs dans le cadre de ses efforts pour lutter contre le VIH/Sida »⁸³ Les pays peuvent mettre en évidence la nécessité de l'achat de fournitures de santé en matière de reproduction dans leurs propositions tant pour le VIH que pour le renforcement des systèmes de santé (RSS).

Le Fonds mondial a accordé des subventions de RSS aux pays ayant inclut les organismes de SR dans les CNC en qualité de bénéficiaires. A titre d'exemple, la proposition accordée à l'Azerbaïdjan par le Fonds mondial comportait le Bureau national de la santé reproductive et de la planification familiale comme membre de la CNC, en plus l'*Open Society Institute* – groupe azerbaïdjanais de la société civile, qui fournit des services complètes de santé sexuelle et reproductive, de VIH et de réduction des méfaits des DIU chez les femmes. S'il est utile d'inclure des organisations de la société civile ayant une expertise en matière de santé reproductive dans les CNC, ce mécanisme est nécessaire mais nullement suffisant pour produire une proposition intégrée et permettre aux OSC œuvrant en matière de SR d'obtenir des subventions du Fonds mondial en tant que récipiendaires principaux ou secondaires. La question fondamentale est celle de la nature de l'intégration proposée.

Pour davantage de détails sur le RSS (Renforcement des Systèmes de Santé), voir : *Factsheet: The Global Fund's Approach to Health Systems Strengthening, Fonds mondial*. D'autres ressources additionnelles incluent :

- OMS. 2007. *Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action*. Genève, Suisse.
- OMS. 2007. *The Global Fund Strategic Approach to Health Systems Strengthening; Report from WHO to the Global Fund Secretariat*. Genève, Suisse.
- Physicians for Human Rights. 2009. *Toolkit for Using Round 9 of the Global Fund for Health Systems Strengthening*.

L'INTÉGRATION COMME COMPOSANTE DU RENFORCEMENT DES SYSTÈMES COMMUNAUTAIRES

Les pays peuvent également aborder l'intégration en mettant en œuvre des mécanismes de renforcement des systèmes communautaires (RSC) appuyés par le Fonds mondial.⁸⁴ Les RSC sont des initiatives visant à accroître l'appui aux organisations communautaires (OC) afin d'amplifier l'accès aux programmes. Dans ce contexte, les organisations communautaires fournissant des services intégrés de SR et de VIH pourraient bénéficier de cet appui. Au-delà de la prestation des services, le Fonds mondial reconnaît le rôle important que jouent les organisations communautaires en matière de plaidoyer et de mobilisation – soutenant ainsi les liaisons entre la SR et le VIH ainsi que leur intégration.

Le Fonds mondial stipule qu'une partie des fonds de RSS devrait aller au renforcement des communautés, et toutes les propositions lors du 8ème cycle doivent prendre en compte le renforcement des communautés. Les groupes communautaires peuvent être d'un apport précieux au sein des CNC par leur expérience de la conception de programmes intégrés de SR/VIH, susceptibles d'atteindre un très grand nombre de bénéficiaires. Les OSC constituent souvent le mécanisme le plus efficace pour atteindre les populations clés les plus vulnérables dans le cadre

d'une épidémie nationale de Sida ; mais il serait nécessaire de renforcer leurs capacités pour leur permettre d'étendre avec succès leur périmètre d'action. Le renforcement des communautés de manière à leur permettre de plaider pour des ressources financières, des politiques et des lois aux fins d'entreprendre l'intégration de la SR et du VIH peut également s'avérer efficace.

Pour davantage de renseignements sur le Renforcement des systèmes communautaires (RSC), voir : *Factsheet: The Global Fund's Approach to Community Systems Strengthening et une série d'études de cas intitulée Civil Society Success on the Ground. Community Systems Strengthening and Dual-Track Financing: Nine Illustrative Case Studies*, Fonds mondial.

OUTILS D'ÉVALUATION DU CONTEXTE ET DE LA FAISABILITÉ DE L'INTÉGRATION DE LA SR ET DU VIH/SIDA

Deux outils ont été élaborés pour aider les pays et les organismes à évaluer les politiques et programmes de SR et de VIH/Sida, ainsi que la faisabilité des liaisons et de l'intégration.

- IPPF, UNFPA, WHO, UNAIDS, GNP+, ICW and *Young Positives*. 2008. *Rapid Assessment Tool for Sexual & Reproductive Health and HIV Linkages: A Generic Guide*. NY: UNFPA.
- Population Council. N.D. *Assessing Integration Methodology*. Washington, DC: Frontiers, Population Council.

chapitre 5

Que requiert une intégration réussie ?

Le principal défi de l'intégration est la connaissance du contexte des politiques et programmes, ainsi que l'élaboration de stratégies d'intégration faisables dans le cadre des politiques et structures de programmes existantes, ou comportant des stratégies permettant de modifier les politiques, les structures de programmes, et les directives opérationnelles, autant que nécessaire afin d'héberger des programmes et services intégrés. L'expérience partout dans le monde donne à penser que les défis à l'intégration relèvent d'une multitude de domaines opérationnels parmi lesquels les politiques, la formation, les fournitures et la logistique, la supervision et la sensibilisation du personnel, la charge de travail de chaque prestataire et le transfert des tâches, les matériels de CCC/IEC, la disponibilité des espaces, des opportunités de références, les programmes d'ordre communautaires, la tenue des dossiers médicaux et les systèmes d'information sanitaire, ainsi que le suivi et l'évaluation.⁸⁵

Bien que chaque pays et chaque organisation soient spécifiques, certains des défis habituels dans le cadre de la mise en œuvre et de la pérennisation de l'intégration au-delà de la phase des projets pilotes incluent :

- la **nécessité d'avoir des directives de politiques** pour encadrer l'intégration et améliorer la coordination, et impliquer les publics cibles et les intervenants dans la conception des politiques et programmes (quels sont le ministère, l'agence ou l'organisation disposant du pouvoir et de la responsabilité d'élaborer les directives ? Quels sont les parties prenantes qui doivent prendre part à cet exercice ?) ;
- la **nécessité de disposer des ressources** indispensables pour l'intégration (quels sont le ministère, l'agence ou l'organisation qui alloue les ressources ? Et comment ces ressources circulent-elles au sein du système de santé et de son organisation ?) ;
- la **nécessité de concevoir les prestations des services et soins**, de déterminer la manière dont les services intégrés seront fournies et dans quelles structures (par ex., les cliniques, les communautés, etc.), ainsi que le ministère, l'agence ou l'organisation disposant du pouvoir et de la responsabilité d'approuver la mise en œuvre ;
- la **nécessité de concevoir le programme d'information**, de déterminer la manière dont l'information et l'éducation intégrés seront fournies, quels ministère, agence ou organisation disposent du pouvoir et de la responsabilité d'approuver le plan (par exemple, le ministère de l'Éducation pour l'éducation sexuelle dans les écoles), et quels matériels il faudra élaborer ;
- la **nécessité de renforcer les systèmes d'approvisionnement en matériels et la logistique**, de manière à y inclure toute la panoplie des fournitures de santé reproductive, y compris les préservatifs et autres contraceptifs (oraux, injectables, DIU, etc.), et de sorte que les programmes mettent l'accent tant sur la méthode de protection double par l'utilisation des préservatifs que sur la méthode de protection double comportant l'accès aux préservatifs et à un autre type de contraceptif.
- **Ressources humaines.**
 - déterminer **quels prestataires pourraient fournir quels services intégrés et où**, et envisager la nécessité ou non du transfert des tâches par l'embauche de pairs éducateurs, de personnes vivant avec le VIH, etc. ;
 - élaborer et mettre en place des **programmes de formation** pour l'intégration (quels éléments de SR et de VIH les programmes actuels de formation des prestataires comportent-ils, et quels sont le ministère, l'agence ou l'organisme responsables de la réforme des programmes pré-embauche et de

Les pratiques discriminatoires des prestataires envers des groupes cibles tels que les travailleurs du sexe, les homosexuels et les personnes vivant avec le VIH constituent des obstacles à l'accès aux prestations de santé.

formation continue, et de l'élaboration des contenus minimum en matière de formation des prestataires pour la SR et le VIH ?) ;

- mettre en place des systèmes de **supervision et d'appui** permettant de renforcer l'intégration et sa mise en œuvre par les prestataires ;

- accroître les capacités des systèmes de référence (quels sont les mécanismes de référence en place et comment pourrait-on renforcer ces mécanismes ? Quels sont le ministère, l'agence ou l'organisme chargés d'approuver et de mettre en œuvre la modification des systèmes de référence ?).

■ **Suivi et évaluation.**

- travailler sur les données épidémiologiques recueillies de manière à faire ressortir les besoins en intégration (quels sont le ministère, l'agence ou l'organisation disposant du pouvoir et des responsabilités en matière de données épidémiologiques ?) ;
- travailler sur les dossiers des clients, les registres ainsi que les procédures de suivi et d'évaluation (quels sont le ministère, l'agence ou l'organisation disposant de l'autorité et des responsabilités en matière de procédures de suivi et d'évaluation ?

Des ressources sur les problèmes pratiques de mise en œuvre de l'intégration figurent à l'annexe 3. Nous présentons ci-après deux exemples de ces ressources, et tous les deux portent sur des problèmes opérationnels :

- FP/HIV Integration Working Group. 2008. "Strategic Considerations for Strengthening the Linkages between Family Planning and HIV/AIDS Policies, Programs, and Services. A Tool for Planning and Implementation." PREMIERE MOUTURE. Bien que ce document porte essentiellement sur la planification familiale, son contenu est pertinent pour tous les autres aspects de la santé reproductive.

- Mitchell, M., S. Mayhew and I. Haivas. 2004. *Integration Revisited, Background paper to the report, Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals*. NY: UN Millennium Project.

Ce document, qui a été rédigé pour le Projet du Millénaire, souligne les défis de l'intégration devant être pris en compte dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques et programmes susceptibles d'introduire efficacement et durablement l'intégration de la SR et du VIH/Sida.

Proposition de pays soumise avec succès au Fonds mondial dans le cadre du 8ème cycle : **Madagascar**

Pourquoi intégrer?

Le plan d'action de Madagascar pour 2007-2012 requiert une attention et une collaboration immédiates des ministères, ainsi que des ressources pour favoriser l'accès aux contraceptifs et au conseil en planification familiale afin de garantir que le taux de prévalence du VIH/Sida reste au niveau de 1 %. Le plan d'action de Madagascar affirme également un engagement envers les objectifs des Nations Unies dans le cadre du Millénaire pour le développement, y compris la promotion de l'égalité des genres et l'autonomisation des femmes, l'amélioration de la santé maternelle, et la lutte contre le VIH/Sida. Le taux d'utilisation des contraceptifs à Madagascar est de 27 %.

Le contexte, les défis et le CNC

Afin de mieux comprendre les facteurs déterminants de l'épidémie de VIH, Madagascar a entrepris une étude des communautés vulnérables. Les données épidémiologiques ont montré que les professionnels dans l'industrie du sexe, les homosexuels, les prisonniers, les clients des professionnelles dans l'industrie du sexe, les utilisateurs de drogues par injection (UDI), les jeunes gens et les personnes vivant avec le VIH/Sida doivent constituer les populations cibles de la proposition au Fonds Mondial. Plus de la moitié des personnes vivant avec le VIH/Sida sont des femmes. Des données ont été recueillies, qui ont montré quelles zones géographiques ont le moins accès à l'information, aux préservatifs et aux soins de santé, et quelles zones devraient être prioritaires dans les programmes : exploitations minières où se rassemblent les professionnels dans l'industrie du sexe, marchés à bestiaux où des hommes riches et mobiles entrent en contact avec les professionnelles dans l'industrie du sexe, lieux d'activités touristiques, et fêtes traditionnelles favorisant les rapports sexuels à risque. En outre, les jeunes adolescentes âgées de 10 à 15 ans subissent des abus sex-

uels et sont soumises au mariage précoce, avec des grossesses chez des filles dont certaines sont âgées seulement de 13 ans. Certains homosexuels ont également des rapports sexuels avec des femmes, et sont des professionnels dans l'industrie du sexe, avec un faible taux d'utilisation des préservatifs et des partenaires multiples. Une enquête sur les comportements en 2007 a montré que la plupart du temps, le travail sexuel n'est pas perçu comme tel par ceux qui le pratiquent. En outre, les données de l'enquête ont montré que l'âge moyen du premier rapport sexuel est de moins de 17 ans tant pour les garçons que pour les filles, mais que seuls 16 % des filles et garçons ont utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels. Les données ont également montré un taux élevé de rapports sexuels rémunérés.

En termes de couverture territoriale, le pays n'a accès que de 30 % aux services de CDV. Les pratiques discriminatoires des prestataires envers des groupes cibles tels que les professionnels dans l'industrie du sexe, les homosexuels et les personnes vivant avec le VIH constituent des obstacles à l'accès aux services de santé. La réduction des risques ne fait pas l'objet de discussions au moment où est révélé un résultat séropositif après le test de dépistage. Le CDV est réservé aux personnes âgées de plus de 18 ans bien que les adolescents plus jeunes soient à risque. Des politiques de réduction des risques sont nécessaires pour les UDI. Les structures du secteur privé ne fournissent pas de données. La distribution des contraceptifs et des préservatifs au niveau communautaire est insuffisante. Le non intégration des services au sein de la communauté pose un obstacle.

Madagascar disposait d'un certain nombre de partenaires CNC ayant une expertise en santé reproductive, tels que le Ministère de la Santé et de la Planification familiale, et les organisa-



Proposition de pays soumise avec succès au Fonds mondial dans le cadre du 8^{ème} cycle : **Madagascar** (suite)

tions de la société civile parmi lesquelles la FISA (pionnière en matière de planification familiale, disposant de l'expertise en matière d'intégration de la planification familiale au VIH/Sida avec un accent sur les jeunes et une perspective spécifique à chaque sexe) et la SAF, qui fait la promotion de la santé reproductive et maternelle, et dispose d'une expertise dans le domaine de la formation en santé reproductive et en VIH.

Propositions de composantes d'intégration

Madagascar a proposé des services de prévention pour les professionnels dans l'industrie du sexe et leurs clients, ainsi que pour les: les prisonniers, les homosexuels, les UDI, les jeunes marginalisés, les partenaires sexuels réguliers des principales populations à risques et, en général, la population vivant dans les zones de concentration et de passage des principaux groupes à risques. Les programmes étaient conçus de manière à répondre aux besoins des personnes vivant avec le VIH/Sida.

La proposition comportait les composantes suivantes :

- éducation par les pairs et services de santé reproductive intégrées dans le cadre des services habituelles dans les structures publiques et privées ;
- services dans les contextes cliniques bienveillants pour les personnes vivant avec le VIH/Sida, en plus de la protection de leurs droits ;
- élaboration d'un programme de formation sur la santé reproductive des adolescents (garçons) ;
- éducation par les pairs pour les populations clés, sur la santé sexuelle et reproductive, ainsi que sur la prévention des IST et du VIH ;
- administration d'un site Web répondant aux questions sur la santé sexuelle et reproductive ;
- encouragement du dialogue participatif entre les parents et les jeunes sur le VIH et la santé reproductive ;
- plaidoyer auprès des parents pour la prévention du travail dans le domaine du sexe chez les jeunes filles ;
- offre de services de prévention, y compris le CDV et la planification familiale, ainsi que les préservatifs.

Propositions pour le suivi et l'évaluation

- requérir des financements du Fonds mondial pour améliorer la surveillance épidémiologique ;
- réduire le taux de nouvelles infections au sein des populations les plus exposées aux risques d'infection ;
- maintenir un faible taux de prévalence au sein de la population générale ;
- faire un compte-rendu du nombre de personnes dans les groupes à haut risque ayant bénéficié d'une éducation par leurs pairs ;
- faire un compte-rendu des structures fonctionnelles de santé existant pour les jeunes gens.

Proposition de pays soumise avec succès au Fonds mondial dans le cadre du 8ieme cycle : **Ghana**

Pourquoi intégrer?

Les données de l'enquête démographique de santé (EDS) 2003 au Ghana ont montré que la proportion femmes/hommes en matière de séropositivité était de 1,8 contre 1. En outre, 69 % des femmes avaient effectué au moins quatre visites prénatales chez un professionnel de santé qualifié, et 17 % des femmes avaient fait deux ou trois visites prénatales. Seuls 10 % des femmes enceintes avaient effectué des tests de dépistage du VIH. Les normes sexuelles en vigueur au Ghana, qui approuvent les rapports extra maritaux pour les hommes, et ne disent mot sur la possibilité pour la femme de prendre des décisions en matière sexuelle, accroissent le risque d'infection par le VIH. Dans son rapport présenté devant la session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies en 2008, le Ghana a signalé que le taux de prévalence du VIH au sein du groupe des jeunes de la tranche d'âge de 15 à 24 ans était passé de 1,9 % en 2005 à 2,5 % en 2006.

Le contexte, les défis et le CNC

Le Ghana a déclaré que l'une des lacunes dans l'activité nationale contre le VIH était : « l'intégration plutôt lente des services de VIH/Sida et de santé sexuelle et reproductive, en dépit des opportunités exceptionnelles offertes par le programme de prévention de la transmission mère-enfant (et) des IST » (p. 22, round 8).

Parmi les membres du CNC figuraient le Ministère de la Femme et de l'Enfant, la *Society for Women and AIDS in Africa* (SWAA), la *National Population Council* et la *Planned Parenthood Association of Ghana* (PPAG). La PPAG fournit des services de santé reproductive et constitue la plus grande ONG de SR au Ghana. Elle est pionnière dans l'éducation à vie pour les jeunes, dans la mise en place de cliniques pour hommes et dans l'intégration de la planification familiale aux projets de développement. En 1999, la PPAG s'est réorientée depuis

la planification familiale vers des services de SR intégrées en direction des jeunes dans le cadre de l'éducation par les pairs, avec des services complets de SR en structures. La PPAG travaille en partenariat avec le Réseau des ONG œuvrant à la lutte contre le VIH, et forme avec ces ONG une coalition nationale de plaidoyer pour faire face aux problèmes de SR/VIH au niveau national. En outre, des comités de district pour le Sida (DAC, *District AIDS Committees*) ont été établis dans l'ensemble des 170 districts ; ils comprennent les associations de jeunes et de femmes. Parmi les partenaires pour les services en cas de viols figurent la Fédération des femmes juristes, ainsi que les services de police du Ghana.

Propositions de composantes d'intégration

Le Ghana a suggéré comme un objectif essentiel de sa proposition dans le cadre du 8ieme cycle, l'intégration de la SR et du VIH. Les activités proposées incluaient:

- formation de femmes en conseils et dépistage du VIH et des IST par l'intégration de ces services et la planification familiale ; élaboration de directives et normes pour faciliter l'intégration, en collaboration avec l'Association des sages-femmes agréées du Ghana (*Ghana Registered Midwives Association*) ; accroissement du conseils de couples sur le VIH, avec un accent accru sur les partenaires masculins et les partenariats sérodiscordants ; formation du personnel des maternités privées sur la thérapie par aux antirétroviraux, conformément aux orientations nationales actuelles ; mise en œuvre de pratiques standards de prévention des infections pendant la phase de travail, l'accouchement et le post-partum, en obtenant et en distribuant du matériel, des fournitures et des consommables ;



Proposition de pays soumise avec succès au Fonds mondial dans le cadre du 8^{ème} cycle : **Ghana** (suite)

- offre de services de prévention du VIH, de conseils et de tests de dépistage dans le cadre des structures de planification familiale ;
- sessions d'éducation et services en santé sexuelle et reproductive pour les femmes vivant avec le VIH et leurs partenaires, en utilisant des pairs éducateurs pour fournir les informations ;
- intégration des services de SR et de VIH au niveau des points d'accès aux soins de santé ;
- communication pour des changements de comportement en vue de modifier les normes sexuelles néfastes ;
- offre de services aux victimes de viols ;
- sensibilisation, par les pairs, des professionnels dans l'industrie du sexe pour insister sur la nécessité de l'utilisation correcte et systématique des préservatifs avec des non-clients tels que les maris, les amants et les copains ;
- formation de prestataires communautaires travaillant pour les jeunes, sur la fourniture intégrée des services de SR et VIH, y compris en ce qui concerne les conseils et le dépistage ;
- formation du personnel pénitentiaire, des détenus et des personnels de la police à devenir des pairs éducateurs pour l'intégration de la SR et du VIH ;
- former, en matière d'intégration de la SR et du VIH, dans le cadre du programme d'éducation à la vie élaboré par le PATH pour le Ghana, 1 200 000 jeunes de l'*African Youth Alliance* avec une éducation sexuelle complète, y compris en ce qui concerne la santé reproductive, le VIH/Sida, la promotion de l'égalité des sexes et les violences sexuelles. La formation sera assurée par la *Planned Parenthood Association* du Ghana (PPAG).
- mettre en place 28 centres de jeunesse pour offrir une éducation sur l'intégration de la SR et du VIH, par le biais de prestataires formés et travaillant au sein des communautés ; former les clubs de football à diffuser l'information sur la SR et le VIH.

Propositions pour le suivi et l'évaluation

- 4 200 prestataires auront été formés en 2013, et 1 150 000 femmes enceintes auront bénéficié de conseils et de tests de dépistage ;
- faire un compte-rendu sur le nombre de clients des cliniques de planification familiale ayant bénéficié de conseils et de tests de dépistage ;
- collecter des données qualitatives pour étayer les décisions visant à améliorer la performance ;
- compte rendu sur le nombre de jeunes ayant bénéficié de l'éducation en vue de l'intégration de la SR et du VIH

Proposition pays soumise avec succès au Fonds mondial dans le cadre du 8ieme cycle : **Burundi**

Pourquoi intégrer?

Les politiques nationales de santé reproductive du Burundi sont intégrées dans le « Cadre stratégique national de lutte contre la pauvreté et le Programme national de développement de la santé, » et comportent la grossesse sans risques, la planification familiale, la stérilité et les dysfonctionnements sexuels et la gestion de ces cas, la prévention et la gestion des cas d'avortements, la prévention et la gestion des cas d'IST, de VIH et de Sida, la promotion de la santé reproductive chez les jeunes gens et les adolescents, la prévention et la gestion des cas d'abus sexuels, la prévention et la gestion des cas de cancers du sein et du col de l'utérus, et d'autres types de cancers gynécologiques.

Le contexte, les défis et le CNC

Le Burundi connaît des épidémies généralisées, avec une forte prévalence chez les groupes vulnérables. Le retard dans le dépistage du VIH est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes. La faible intégration de la prévention de la transmission mère-enfant (PTME) dans les services de santé reproductive a été soulignée dans la proposition du Burundi lors du 8ieme cycle comme constituant un problème fondamental. La faible promotion de la prévention de la transmission mère-enfant, tant au niveau communautaire que dans les structures de santé a conduit à une faible demande des services dans ce domaine. L'absence d'implication des partenaires a également conduit à des problèmes dans le cadre du programme de PTME. La couverture géographique des programmes de PTME est faible. Peu de structures de santé disposent d'ambulances pour les femmes enceintes désirant se rendre à l'hôpital. La mise en place de services gratuites pour les grossesses et les accouchements en 2006 a accru le nombre d'accouchements avec assistance médicale de 22,9 % en 2005 à 41 % en 2007

(République du Burundi – Rapport d'activités adressé à la Banque mondiale, 2008). Un rapport de *Human Rights Watch* a constaté qu'en 2006, les femmes ayant accouché par césarienne représentaient environ 35 % des patientes indigentes retenues (HRW, 2006). Toutefois, 60 % des accouchements ont encore lieu à domicile sans assistance médicale, et seuls 66 % des centres de santé disposent d'une maternité, tandis que 12 % seulement des prestataires ont reçu une formation pratique en soins obstétriques de base (République du Burundi – Rapport d'activités adressé à la Banque mondiale, 2008). En 2005, la mortalité maternelle était de 615 pour 100.000 naissances (République du Burundi – Rapport d'activités adressé à la Banque mondiale, 2008). Le taux d'utilisation de la contraception au Burundi est de 4,7 % (République du Burundi – Rapport d'activités adressé à la Banque mondiale, 2008). Une étude du FNUAP a constaté que 19 % des adolescents et des femmes signalent les violences sexuelles subies (FNUAP, 2004). Les systèmes d'aiguillage vers les services appropriés ne sont pas efficaces. Les ressources consacrées au secteur de la santé sont insuffisantes : moins de 3 % par rapport aux 15 % recommandés.

Le CNC comprenait des représentants du FNUAP, du réseau burundais des associations et ONG (CAROB) travaillant dans le secteur du genre, ainsi que des représentants officiels provenant des organismes œuvrant aux droits de l'homme, aux problèmes de genre, de jeunesse, de santé publique et de la condition féminine.

Propositions de composantes d'intégration

Le Burundi prévoit de renforcer le programme



Proposition pays soumise avec succès au Fonds mondial dans le cadre du 8ième cycle : **Burundi** (suite)

d'IST/VIH en intégrant la santé reproductive et en améliorant la prévention directe, les soins et les interventions d'appui au sein de la population en général et chez les principales populations à risque.

- Des activités de sensibilisation seront menées par le biais d'agents communautaires pour atteindre les populations vulnérables et encourager le CDV, notamment chez les jeunes mères, les toxicomanes, les prisonniers, les professionnels dans l'industrie du sexe, les anciens combattants, les membres du personnel militaire et leurs conjoints, les routiers, et les personnes déplacées et rapatriées.
- Des stratégies de communication seront élaborées en partenariat avec ces groupes. Des activités de CCC seront menées par les pairs éducateurs avec le suivi de superviseurs.
- Le CDV sera intégré dans les services de santé reproductive.
- La décentralisation en cours de la PTME ainsi qu'un programme supplémentaire de formation devraient permettre d'accroître le taux d'adoption de programmes de PTME. « L'accès des personnes vivant avec le Sida aux antirétroviraux accroît leur espérance de vie et donne aux couples le droit légitime à la paternité et à la maternité sans risques... Le renforcement et l'amélioration de la qualité des services de santé reproductive sont nécessaires pour prendre en compte les besoins spécifiques des personnes vivant avec le Sida et, en particulier, dans le cas des couples séropositifs ou des couples aux partenaires de statuts sérologiques différents, et pour prévenir les grossesses non désirées, au besoin. Pour renforcer leurs compétences..., 600 prestataires des centres de prise en charge

des cas de personnes vivant avec le Sida bénéficieront de 12 jours de formation en planification familiale. » (p. 40 de la proposition du Burundi lors du 8ième cycle).

- Les femmes en âge de procréer et les personnes vivant avec le Sida seront informées de la planification familiale et des points d'accès aux services par 425 membres de la communauté provenant de 85 OSC.
- Une étude est proposée sur l'implication éventuelle des hommes dans la PTME.
- Les organisations spécialisées dans les soins aux victimes d'abus sexuels, en particulier chez les jeunes filles, sont proposées avec la formation, pour 60 prestataires, en santé sexuelle et reproductive de jeunes et en prise en charge des cas de personnes victimes d'abus sexuels.
- Les dotations budgétaires spécifient les dépenses tant pour la santé reproductive que pour la PPE.
- Le Burundi propose de rendre les préservatifs féminins accessibles aux groupes vulnérables. Il est à noter que le préservatif féminin peut être un moyen d'améliorer la communication entre les partenaires, de remédier aux déséquilibres dans les prises de décisions entre partenaires, et de permettre aux femmes de se protéger de manière autonome contre le VIH (Gaddi et al., 2008; Barbosa et al., 2007).
- La promotion des préservatifs féminins et masculins sera faite pour prévenir le VIH et les grossesses non désirées.

Propositions pour le suivi et l'évaluation

- Nombre de préservatifs féminins distribués.

Proposition de pays soumise avec succès au Fonds mondial dans le cadre du 8^{ème} cycle : **Zambie**

Pourquoi intégrer?

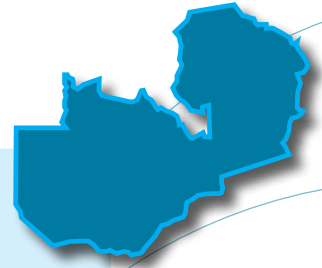
L'un des objectifs généraux recherchés par la Zambie est le renforcement du système de santé en vue de mieux atteindre les objectifs du Millénaire et les priorités nationales de santé.

Le contexte, les défis et le CNC

La Zambie a identifié les obstacles suivants à l'intégration :

- absence d'une stratégie de prévention du VIH basée sur les faits pour étayer la programmation ;
- pénurie de ressources humaines qualifiées et incapacité à les retenir dans le pays ;
- en raison de la stigmatisation, peu de femmes font connaître leur statut sérologique et les hommes évitent le conseil et les tests de dépistage ;
- intégration inadéquate de la PTME dans les services de santé reproductive ;
- mauvaise utilisation des directives en matière de PPE ;
- faible niveau des liaisons entre la PTME et la TAR ;
- insuffisance des moyens de subsistance pour faire face à l'impact du Sida ;
- absence d'institutionnalisation des politiques de genre dans la plupart des organisations ;
- manque de données désagrégées par sexe ; absence d'analyses et d'indicateurs de l'incidence du genre ;
- les partenaires multiples sont fréquents ; dans le groupe des personnes âgées de 15 à 49 ans, plus de 14 % des hommes ont de multiples partenaires, comparés aux femmes (moins de 2 %) ; dans l'EDS 2007 pour la Zambie, 20 % des hommes et 2 % des femmes avaient eu des rapports sexuels avec deux ou davantage de partenaires au cours des 12 mois précédant l'enquête, tandis que 38 % des hommes et 17 % des femmes déclaraient avoir eu des rapports sexuels avec quelqu'un d'autre que leur conjoint au cours des 12 mois précédents ;
- les femmes sont 1,4 fois plus susceptibles que les hommes de vivre avec le VIH, pour des taux respectivement de 16 % et 12 % ; les femmes ne vivant pas avec un partenaire ont un taux de prévalence de 18 %, tandis que les hommes ont le même taux de prévalence de 15 %, qu'ils vivent avec un partenaire, sans partenaire ou dans une relation polygame ;
- seuls 34 % des jeunes peuvent identifier correctement les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH ;
- les services de planification familiale et de maternité sans risques, y compris par les consultations prénatales et postnatales, sont largement insuffisantes en raison de l'impact de l'épidémie de Sida ; l'intégration est faible ;
- les femmes acceptent la violence comme étant « naturelle », et une enquête de 2005 montre que plus de 15 % des femmes ont subi des rapports sexuels forcés ;
- le taux d'alphabétisation est de 60 à 70 % chez les femmes âgées de 15 à 49 ans contre 70 à 80 % chez les hommes ; il est de 48 % chez les femmes rurales contre 75 % chez les hommes ;
- les femmes sont les principales pourvoyeuses avec 16 % de tous les ménages dirigés par des veuves qui n'ont pas accès à la nourriture et aux services de base ;
- la pratique des rapports sexuels à sec ;
- l'absence de pouvoirs de négociation chez les femmes lors de rapports sexuels.

Dans le cadre de l'élaboration de la proposition, le Groupe technique de travail du Ministère de la Santé s'est associé à la Société pour les femmes et le Sida en Zambie (*Society for Wom-*



Proposition de pays soumise avec succès au Fonds mondial dans le cadre du 8^{ème} cycle : **Zambie**

en and AIDS in Zambia) ainsi que l'association Femmes et droits en Afrique australe (*Women & Law in Southern Africa*).

Propositions de composantes d'intégration

- fournir chaque année, à 200 000 jeunes scolarisés ou non scolarisés, des compétences de vie et améliorer chez les filles âgées de 15 à 24 ans l'assurance que procurent les compétences de vie en VIH ;
- appuyer l'intégration de la PTME dans les services de santé reproductive et de planification familiale dans 800 points d'accès à la PTME par an, y compris par l'approvisionnement en fournitures de planification familiale et de PTME « qui atteignent le père » (p. 24) ;
- recherche visant à établir les meilleures pratiques et stratégies pour l'intégration ;
- formation des travailleurs dans le secteur de la santé en matière d'intégration ;
- fournir des directives de PPE aux personnels médicaux ; obtention et distribution de trousseaux de PPE ; services de PPE à 1 800 personnes par an ; budget spécifique pour la PPE dans la proposition ;
- former 220 officiers de police par an pour leur permettre d'assister de manière appropriée les victimes de violence et d'abus sexuels ;
- refuges pour femmes, filles et garçons ayant subi des violences, et garantie de la protection des orphelins et enfants vulnérables (OEV) contre les abus ;
- accroissement de la participation des hommes aux soins à domicile ;
- formation des femmes et des filles en entrepreneuriat ;
- autorisation aux femmes de recourir à des services sans le consentement du conjoint ;
- formation de 1 200 agents de santé communautaire, à l'aide de programmes actualisés, sur la manière de prévenir la transmis-

sion du VIH, les violences domestiques et la planification familiale en vue de réduire la prévalence du VIH ainsi que la mortalité maternelle ;

- accroître les dépenses en santé et l'embauche d'agents de santé, en dépit des accords budgétaires du FMI ;
- fournir aux agents de santé communautaire et aux OEV une bourse pour vivre, pour un montant total supérieur à 33% du budget ;
- demander 30 % du budget pour les fournitures de planification familiale, en plus des fournitures nécessaires pour les accouchements sans risques.

Intégration spécifique du RSS et de la SR/VIH

- la Zambie a proposé d'intégrer les services de SR et de PTME ;
- création de liaisons entre la PTME et la thérapie antirétrovirale ;
- analyse des tendances dominantes en matière de genre ;
- amélioration des compétences des personnels de santé pour leur permettre de traiter simultanément les problèmes de mortalité maternelle et de PTME ;
- formation des agents de santé communautaire à fournir une éducation de santé de base sur la planification familiale, les violences domestiques, le VIH, la toxicomanie et la vaccination des enfants ;
- amélioration des systèmes de surveillance démographique afin d'améliorer le suivi et l'évaluation de la SR, du VIH et d'autres indicateurs, d'accroître les statistiques fiables sur les naissances, les décès et les causes de mortalité, avec pour objectif de fournir des informations empiriques, longitudinales et démographiques sur le VIH, la tuberculose et le paludisme.

Propositions pour le suivi et l'évaluation

- % De structures de santé disposant de la PPE.

chapitre 6

Comment l'intégration peut-elle être suivie et évaluée ?

Un plan rigoureux de suivi et d'évaluation constitue une composante importante des propositions au Fonds mondial. Pour que soit possible le suivi et l'évaluation du *succès des activités d'intégration*, les propositions doivent comporter des indicateurs pertinents accompagnés d'objectifs appropriés. Les pays doivent s'assurer que les indicateurs sont quantifiables et que les données peuvent être collectées et faire l'objet de rapports par le biais du système national de suivi et d'évaluation et du système de gestion des données. Dans le cadre de sa nouvelle stratégie genre, le Fonds mondial a demandé aux pays de fractionner les données recueillies, de manière à pouvoir mesurer les indicateurs pertinents par sexes.

Le Fonds mondial dispose d'un certain nombre de ressources sur le suivi et l'évaluation, parmi lesquelles l'édition 2006 de la boîte à outils pour le suivi et l'évaluation : *Monitoring and Evaluation Toolkit: HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria*, qui fait actuellement l'objet d'une mise à jour. L'ONUSIDA, dans le cadre de son Groupe de référence pour le suivi et l'évaluation (MERG, Monitoring and Evaluation Reference Group), est à la pointe de l'élaboration d'un registre des indicateurs, qui devrait être disponible en 2009.

Le lecteur trouvera ci-après des exemples d'indicateurs de suivi de l'intégration dans un certain nombre de propositions soumises avec succès au Fonds mondial. Ceux mis en italique sont des indicateurs complémentaires pour la mesure de l'intégration. Il ne s'agit ici que d'exemples illustratifs d'indicateurs - les propositions doivent inclure des indicateurs permettant de mesurer les résultats attendus.

INDICATEURS DU TAUX DE COUVERTURE:

■ Nombre de personnes ayant bénéficié de prestations et de fournitures

- Nombre d'étudiants recevant une éducation à la vie familiale.
- Nombre de jeunes en milieu scolaire recevant une éducation en compétences pour la vie sur le VIH/Sida.
- Nombre de jeunes bénéficiant d'une éducation en compétences pour la vie sur la SR et le VIH intégrés.
- Nombre de femmes enceintes bénéficiant du conseil et de tests de dépistage.
- Nombre de clients des cliniques de planification familiale bénéficiant du conseil et de tests de dépistage.
- Nombre de clients bénéficiant des services de planification familiale.
- Nombre de femmes accédant à la PTME, et de femmes de statut sérologique inconnu bénéficiant de tests de dépistage pour la syphilis et de soins à cet effet.
- Nombre de personnes et pourcentage de la population ayant accès à un traitement gratuit de la syphilis.
- Nombre et pourcentage des clients de planification familiale bénéficiant du conseil et subissant des tests de dépistage du VIH.
- Pourcentage des professionnels dans l'industrie du sexe identifiant correctement les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et rejetant les idées préconçues sur la manière dont se transmet le VIH.
- Proportion des populations les plus à risque (PLPAR) bénéficiant de services complets de santé reproductive (par ex. : contraception, santé maternelle, IST et VIH).

- *Nombre de femmes signalant des cas de violences sexuelles et ayant bénéficié de conseils, subi des tests de dépistage du VIH et bénéficié de la prophylaxie post-exposition (PPE) ainsi que de la contraception d'urgence, conformément aux directives nationales.*
- *Nombre d'homosexuels signalant des cas de violences sexuelles et ayant bénéficié de conseils, subi des tests de dépistage du VIH et bénéficié de la prophylaxie post-exposition (PPE).*
- *Nombre de femmes enceintes séropositives bénéficiant de conseils post-partum sur la contraception et du choix d'une méthode contraceptive.*
- *Nombre de jeunes bénéficiant d'une éducation complète en compétences pour la vie sur la SR et le VIH.*
- **Appui aux points d'accès aux services**
 - *Nombre de structures offrant des services de PTME pour les femmes enceintes dans le cadre de services intégrées de SR/VIH.*
 - *Nombre de sites fournissant le conseil en SR/VIH et des tests de dépistage.*
 - *Pourcentage des structures de santé offrant la PPE.*
 - *Nombre de structures de santé offrant des services intégrées de PF et de VIH.*
 - *Nombre de centres de santé fonctionnels dédiés aux jeunes.*
- **Personnes formées à l'offre de services [conformément aux directives nationales]**
 - *Nombre de prestataires formés à offrir de conseils et des tests de dépistage aux femmes enceintes. .*
 - *Nombre d'agents fournissant des ser-*

vices de VIH/Sida formés à offrir de conseils et proposer des références pour la SR.

- *Nombre de prestataires de la SR formés à offrir de conseils et des références pour le VIH/Sida.*

■ Fournitures distribuées

- *Nombre de préservatifs féminins distribués.*

INDICATEURS D'INCIDENCE

- *taux de réduction de la proportion de grossesses non désirées chez toutes les femmes ;*
- *taux de réduction de la proportion de grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH ;*
- *taux de réduction de la séroprévalence de la syphilis.*

RECHERCHE OPÉRATIONNELLE

Le Fonds mondial fournira des financements pour la recherche opérationnelle en vue d'étudier des stratégies de mise en œuvre. Parce que la mise en œuvre de l'intégration de la SR et du VIH/Sida est nouvelle, les pays doivent penser à inclure des activités de recherche opérationnelle dans leurs propositions. Un pays dont la proposition a été approuvée a indiqué qu'il collecterait des données qualitatives pour étayer les décisions visant à améliorer les performances dans le cadre de l'intégration. Un autre a fait état d'un plan pour mener des recherches en vue de déterminer les meilleures pratiques et stratégies pour l'intégration. Des exemples d'activités utiles de recherche opérationnelle sont disponibles sur les sites Internet de Population Council (www.popcouncil.org) et de Family Health International (www.fhi.org). La Fondation Tides a récemment financé des projets intégrant des services de planification familiale et de VIH dans six pays

d'Afrique subsaharienne, avec une documentation des programmes modèles attendus.

SUIVI DE LA QUALITÉ DES DONNÉES

Le Fonds mondial a mis en place un audit de la qualité des données dans le cadre de ses subventions. Des instruments sont disponibles, qui permettent aux bénéficiaires de ces subventions d'évaluer et de renforcer leurs procédures de suivi et d'évaluation. Parmi ces instruments figurent :

- Measure Evaluation (on behalf of the Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria and multiple organizations). 2008. *Routine Data Quality Audit Tool*. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation.
- Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria, PEPFAR, MEASURE Evaluation, USAID, Health Metrics Network, WHO, UNAIDS, World Bank and Roll Back Malaria. 2006. *Monitoring and Evaluation Systems Strengthening Tool*. Chapel Hill, NC: UNC, MEASURE Evaluation.
- Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria. 2008. *"Carrying Out an M&E Self Assessment."* *Monitoring and Evaluation Manual 4*.

chapitre 7

Conclusion

Une fois l'intégration mise en place, le suivi et l'évaluation, ainsi que la recherche opérationnelle, sont indispensables pour garantir de bons résultats.

L'intégration de la SR et du VIH peut grandement contribuer à atténuer la pandémie du Sida en réduisant le nombre de grossesses non désirées, en prévenant la transmission mère-enfant, en étendant les services à un plus grand nombre de groupes cibles, en réduisant le nombre de cas de violences sexuelles, en satisfaisant aux besoins des personnes vivant avec le VIH et en fournissant aux jeunes gens les connaissances et les services dont ils ont besoin. Le choix de l'intégration, la manière de l'effectuer et la détermination précise des éléments à intégrer dépendent du profil épidémiologique du pays concerné, ainsi que des politiques et des structures de programmes.

L'expérience de la mise en œuvre des initiatives d'intégration dans les divers pays du monde indique que l'accroissement de l'envergure et la pérennisation de cette activité requièrent que l'accent soit mis sur les problèmes de politiques et de fonctionnement des programmes. Une fois l'intégration mise en place, le suivi et l'évaluation, ainsi que la recherche opérationnelle, sont indispensables pour garantir de bons résultats.

Les organisations de la société civile ont souvent été à la pointe des efforts pour intégrer la SR et le VIH/Sida, et sont très bien placées pour œuvrer avec les gouvernements et les autres membres de la CNC en vue de proposer des politiques, programmes et projets d'intégration qui puissent être inclus dans les propositions à faire par les pays au Fonds mondial. Il est à noter, à cet effet, que le Fonds mondial pour des propositions intégrées de VIH/Sida a attribué des fonds à un certain nombre de CNC incluant les organisations de la société civile comme parties prenantes, en particulier lors du 8^{ème} cycle.

Etoute une série de ressources, aidera les CNC, les organisations de la société civile et d'autres parties prenantes, à élaborer des propositions à soumettre au Fonds mondial – propositions qui peuvent contribuer à la prévention du VIH et à la réduction des effets de la pandémie du Sida par le biais des programmes liant et intégrant la SR et le VIH/Sida.

chapitre 8

Annexe: Choix de manuels
et de matériels pour des
services intégrés

- African Youth Alliance. 2003. *Life Planning Skills: A Curriculum for Young People in Africa*. Washington, DC: PATH. [http://www.ayaonline.org/CDWebDocs/AYAResources/Toolbox/ProgramAreas/LPS/LPS\(GH\)Facilitator.pdf](http://www.ayaonline.org/CDWebDocs/AYAResources/Toolbox/ProgramAreas/LPS/LPS(GH)Facilitator.pdf)
- Bott, S., A. Guedes, A. Gueznes and C. Claramunt. 2004. *Improving the Health Sector Response to Gender-Based Violence: A Resource Manual for Health Care Professionals*. NY, NY: International Planned Parenthood Federation: Western Hemisphere Region. http://www.ippfwhr.org/atf/cf/%7B4FA48DB8-CE54-4CD3-B335-553F8BE1C230%7D/gbv_guide_en.pdf
- Bruce, L., W. Liabila, M. Menziwa, and D. Khoza. 2008. *Balanced Consequels Strategy Plus Trainer's Guide*. Washington, DC: Population Council. http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/Manuals/BCSPlus/BCSPlus_TrainersGuide.pdf
- Duvvury, N., N. Prasad and N. Kishore. 2006. *HIV & AIDS – Stigma and Violence Intervention Manual*. Washington, DC: International Center for Research on Women. http://www.icrw.org/docs/2006_SVRI-Manual.pdf
- Colombini, C., S. Mayhew, and C. Watts. 2008. "Health-sector Responses to Intimate Partner Violence in Low- and Middle-income Settings: A Review of Current Models, Challenges and Opportunities." *Bulletin of the World Health Organization* 86 (8): 635-642. <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/8/07-045906.pdf>
- Cooley, L. and R. Kohl. 2006. *Scaling Up – From Vision to Large-Scale Change: A Management Framework for Practitioners*. Washington, DC: Management Systems International. <http://www.msiworldwide.com/files/scalingup-framework.pdf>
- Engenderhealth and ICW. 2006. *Sexual and Reproductive Health for HIV-Positive Women and Adolescent Girls*. NY, NY. Website: http://www.engenderhealth.org/files/pubs/hiv-aids-stis/SRH_for_HIV_Positive_Women_English.pdf
- Farrell, B. 2007. "Family Planning-Integrated HIV Services: A Framework for Integrating Family Planning and Antiretroviral Therapy Services." NY: Engenderhealth, The Acquire Project. http://www.acquireproject.org/fileadmin/user_upload/ACQUIRE/Publications/FP-HIV-Integration_framework_final.pdf
- Foreit, K, K Hardee and K Agarwal. 2002. "When Does it Make Sense to Consider Integrating Family Planning and STD/HIV Services?" *International Family Planning Perspectives*. 28(2): 105-107. www.guttmacher.org/pubs/journals/2810502.html
- IPPF, UNFPA, WHO, UNAIDS, GNP+, ICW and Young Positives. 2008. *Rapid Assessment Tool for Sexual & Reproductive Health and HIV Linkages: A Generic Guide*. NY: UNFPA. Printed in Mexico. http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/815_filename_lnkages_rapid_tool.pdf
- Interact Worldwide, International HIV/AIDS Alliance, Global AIDS Alliance, Population Action International, IPPF, and Friends of the Global Fund Africa. 2008. "Guidelines for Integrating Sexual and Reproductive Health into the HIV/AIDS Component Country Coordinated Proposals to be Submitted to the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria: Round 8 and Beyond." http://www.globalaidsalliance.org/page/-/PDFs/Round_8_GFATM_SRH-HIV_Proposal_Guidelines.pdf
- Kivulini Women's Rights Organization. 2008. *Strategies for Addressing HIV/AIDS & Gender based Violence from a Community Perspective, Based on experiences of Kivulini Women's Rights Organization Specifically for Use with Organizations in Sub-Saharan Africa*. Mwanza, Tanzania. <http://www.kivulini.org/Downloads/STRATEGIES%20FOR%20ADDRESSING%20HIVAIDS.pdf>
- Mitchell, M., S. Mayhew and I. Haivas. 2004. "Integration Revisited." Background paper to the report, *Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals*. NY: UN Millenium Project. www.unmillenniumproject.org/documents/Mitchell_Mayhew_and_Haivas-final.pdf
- Mullick et al. 2008. *The Balanced Consequels Strategy Plus: A Toolkit for Family Planning Service Providers Working in High STI/HIV Prevalence Settings*. Washington, DC: Population Council. http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/Manuals/BCSPlus/BCSPlus_TrainersGuide.pdf
- Pathfinder International. 2003. *Quality of Care for Integrated Series: A Clinic Assessment Guide*.

- Pathfinder International, Save the Children, Advocates for Youth, CARE and UNFPA. 2007. *Community Pathways to Improved Adolescent Sexual and Reproductive Health: A Conceptual Framework and Suggested Outcome Indicators*. Washington, DC and NY.
- Paxton, S., A. Welbourn, P. Kousalya, A. Yuvaraj, S. Mall and M. Seko. 2004. *'Oh! This One is Infected!': Women, HIV and Human Rights in Asia*. www.icw.org
- Physicians for Human Rights. 2009. Toolkit for Using Round 9 of the Global Fund for Health Systems Strengthening
- Population Council. N.D. Assessing Integration Methodology. Washington, DC: Frontiers, Population Council. www.popcouncil.org/frontiers/projects_pubs/topics/SLR/AIM_Manual.html
Population Council.
- Population Council. 2008a. *Sexual and Gender Based Violence in Africa: Key Issues for Programming*. http://www.popcouncil.org/pdfs/AfricaSGBV_KeyIssues.pdf
- Population Council. 2008b. *Sexual and Gender Based Violence in Africa: A Literature Review*. http://www.popcouncil.org/pdfs/AfricaSGBV_LitReview.pdf
- Senderowitz, J., C. Solter and G. Hainsworth. 2002. *Clinic Assessment of Youth Friendly Services: A Tool for Assessing and Improving Reproductive Health Services for Youth*. Watertown, MA: Pathfinder International.
- Southern Africa HIV and AIDS Information Dissemination Service, Oxfam Canada and Oxfam America. 2008. *Linkages between Culture, Gender Based Violence, HIV and AIDS and Women's Rights Training Manual*. Harare, Zimbabwe. <http://www.preventgbvafrica.org/images/publications/books/dvconseils.tool.safaidaids.pdf>
- UNAIDS. 2007. *Practical Guidelines for Intensifying HIV Prevention: Towards Universal Access*. Geneva: UNAID. http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/20070306_prevention_guidelines_towards_universal_access_en.pdf
- UNFPA and Engenderhealth. 2004. *HIV Prevention in Maternal Health Services Programming Guide*. NY. <http://www.engenderhealth.org/pubs/hiv-aids-sti/hiv-prevention-in-maternal-health.php>
- UNFPA and IPPF. 2004. *Integrating HIV Voluntary Counselling and Testing Services into Reproductive Health Settings: Stepwise Guidelines for Programme Planners, Managers and Service Providers*. NY, NY. http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/245_filename_hiv_publication.pdf
- Velzeboer, M., M. Ellsberg, C. Arcas and C. Garcia-Moreno. 2003. *Violence against Women: The Health Sector Responds*. Washington, DC: PAHO. <http://www.paho.org/English/AD/GE/AWV-HealthSectorResponds.pdf>
- World Health Organization (WHO). 2008. *Essential Prevention and Care Interventions for Adults and Adolescents Living with HIV in Resource-limited Settings*. Geneva: WHO. http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/OMS_EPP_AFF_en.pdf
- WHO. 2008. "Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use: 2008 Update." Geneva: WHO. http://www.who.int/reproductive-health/publications/mec/mec_update_2008.pdf
- WHO. 2006. *Sexual and Reproductive Health of Women Living with HIV/AIDS: Guidelines on Care, Treatment and Support for Women Living with HIV/AIDS and their Children in Resource-constrained Settings*. Geneva, WHO. <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/sexualreproductivehealth.pdf>
- WHO. 2005. *Toolkit for Targeted HIV/AIDS Prevention and Care in Sex Work Settings*. Geneva. http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/sexworktoolkit.pdf
- WHO, UNFPA, UNAIDS and IPPF. 2008. "Linking Sexual and Reproductive Health and HIV/AIDS, Gateways to Integration: A Case Study from Kenya". Geneva: WHO and UNAIDS, London: IPPF, New York: UNFPA. http://www.who.int/reproductive-health/hiv/ippf_linkages_kenya.pdf

chapitre 9

Références

RÉFÉRENCES

- WHO, UNFPA, UNAIDS and IPPF. 2008. "Linking Sexual and Reproductive Health and HIV/AIDS, Gateways to Integration: A Case Study from Kenya". Geneva: WHO and UNAIDS, London: IPPF, New York: UNFPA. http://www.who.int/reproductive-health/hiv/ippf_linkages_kenya.pdf
- Abrams, E., L. Myer, A. Rosenfield and W. El-Sadr. 2007. "Prevention of Mother-to-Child Transmission Services as a Gateway to Family-based Human Immunodeficiency Virus Care and Treatment in Resource-limited Settings: Rationale and International Experiences." *American Journal of Obstetrics & Gynecology* Supplement, September: S101-S106.
- Adamchak, S., H. Reynolds, B. Janowitz, T. Grey and E. Keyes. 2008. "FP and HIV/AIDS Integration: Findings from Five Countries." PowerPoint presentation to: USAID and FHI. 2008. "FP/HIV Integration Workshop." Washington, DC. Oct. 21-22, 2008. Dr. Adamchak and colleagues are researchers at FHI: www.fhi.org
- Addis Ababa University, Gates Institute at the Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, David and Lucile Packard Foundation, Ethiopian Public Health Association, UNAIDS, UNFPA, IPPF, and WHO. 2006. *Linking Reproductive Health, Family Planning and HIV/AIDS in Africa*, Addis Ababa, October 9-10, 2006. http://www.jhsph.edu/gatesinstitute/_pdf/policy_practice/FP-HIV/Presentations/Addis_ConfSum.pdf.
- African Union. 2006. Maputo Plan of Action for the Operationalisation of the Continental Policy Framework for Sexual and Reproductive Health and Rights 2007-2010. Addis Ababa: African Union. Sp/MIN/CAMH/5(I). http://www.africa-union.org/root/au/Conferences/Past/2006/September/SA/Maputo/doc/en/Working_en/RHR_%20Plan_of_Action_2007_Final.pdf.
- Alemu, H., D. Mariam, K. Belay and G. Davey. 2007. "Factors Disposing Out-of-school Youth to HIV/AIDS-related Risky Sexual Behavior in Northwest Ethiopia." *J Health Popul Nutr* 3: 344-350.
- Ali, M. and Cleland, J. 2005. "Sexual and Reproductive Behaviour among Single Somen Aged 15-24 in Eight Latin American Countries: A Comparative Analysis." *Soc Sci Med* 60: 1175-1185.
- Andersson, N., A. Ho-foster, S. Mitchell, E. Scheepers and S. Goldstein. 2007. "Risk Factors for Domestic Physical Violence: National Cross-sectional Household Surveys in Eight Southern African Countries." *BMC Women's Health* 7: 11
- Asiimwe, D, R. Kobombo, J. Matsio and K. Hardee. 2005. "Study of the Integration of Family Planning and VCT/ PMTCT/ART Programs in Uganda." Washington, DC: The Futures Group, POLICY Project. <http://www.policyproject.com/pubs/corepackages/Uganda%20TOO%20Final%2012%2020%2005.pdf>
- Akintola, O. 2006. "Gendered Home-based Care in South Africa: More Trouble for the Troubled." *African Journal of AIDS* 5 (3): 237-247.
- Ayisi, R., B. Kigen, M. Gitau and W. Liamilia. 2008. "Programmatic Considerations for FP (RH)/HIV Integration: The Kenya Experience." Presentation to: USAID and FHI. 2008. "FP/HIV Integration Workshop." Washington, DC. Oct. 21-22, 2008.
- Balkus, J., R. Bosier, G. John-Stewart, D. Mbori-nagacha, M. Schiff, D. Wamalwa, C. Cichhi, E. Obimbo, G. Wariua and C. Farquhar. 2007. "High Uptake of Postpartum Hormonal Contraception among HIV-1 Seropositive Women in Kenya." *Sexually Transmitted Diseases* 34 (1): 25-29.
- Banda, H., Bradley, S. and K. Hardee. 2004. "Provision and Use of Family Planning in the Context of HIV/AIDS in Zambia: Perspectives of Providers, Family Planning and Antenatal Care Clients, and HIV-Positive Women." Washington, DC: POLICY Project, Futures Group.
- Barbosa, R., S. Kalichman, E. Berquo and Z. Stein. 2007. "Notes on the Female Condom: Experiences from Brazil." *International Journal of STDs and AIDS* 8: 261-266.
- Barker, G., C. Ricardo, and M. Mascimento. 2007. *Engaging Men and Boys in Changing Gender-based Inequity in Health: Evidence from Programme interventions*. Geneva, World Health Organization. http://www.who.int/gender/documents/Engaging_men_boys.pdf
- Basu, I., S. Jana, M. Rotheram-Borus, S. Swendeman, S. Lee, P. Newman and R. Weiss. 2004. "HIV Prevention among Sex Workers in India." *Journal of AIDS* 36 (3): 845-852.
- Bertozzi, S., M. Laga, S. Bautista-Arredondo and A. Coutinho. 2008. "Making HIV Prevention Programmes Work." *The Lancet* 372: 831-844.
- Birdthistle, I., S. Floyd, A. Machingura, N. Mudziwapai, S. Gregson and J. Glynn. 2008. "From Affected to Infected? Orphanhood and HIV Risk among Female Adolescents in Urban Zimbabwe." *AIDS* 22 (6): 759-766.

- Birungi, H., J. Mugisha, J. Nyombi, F. Obare, H. Euaelia and H. Nyinkavu. 2008. "Sexual and Reproductive Health Needs of Adolescents Perinatally Infected with HIV in Uganda." *Frontiers Final Report*. Washington, DC: Population Council. http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR_FinalReports/Uganda_HIV.pdf
- Bradley H., A. Bededa, A. Tsui, H. Brahmabhatt, D Gillespie and A. Kidanu. 2008. "HIV and Family Planning Service Integration and Voluntary HIV Counseling and Testing Client Composition in Ethiopia." *AIDS Care* 20 (1): 61-71.
- Campbell, J., Baty, M., R. Ghandour, J. Stockman, L. Franciso and J. Wagman. 2008. "The Intersection of Violence against Women and HIV/AIDS." Background paper for IOM. 2008. *Violence Prevention in Low-and Middle-Income Countries: Finding a Place on the Global Agenda*. Washington, DC: National Academies Press. http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=12016#toc
- Cates, W. 2002. "The Condom Forgiveness Factor: The Positive Spin" [Editorial]. *Sexually Transmitted Diseases* 29(6): 350-352.
- Cates, W, quoted in Timberg, C. 2007. "Best-Kept Secret For HIV-Free Africa Birth Control Better Than Drugs, Researchers Say." *Washington Post*. December 16. A26.
- Chen, X., Y. Yin, J. Tucker, X. Gao, F. Cheng, T. Wang, H. Wang, P. Huang and M. Cohen. 2007. "Detection of Acute and Established HIV Infections in Sexually Transmitted Disease Clinics in Guangxi, China: Implications for Screening and Prevention of HIV Infection." *The Journal of Infectious Diseases* 196: 1654-1661.
- Christofides, N. D. Muirhead, R. Jewkes, L. Lenn-Kekana and D. Conco. 2006. "Women's Experience of and Preferences for Services after Rape in South Africa: Interview Study." *British Medical Journal* 332: 209-213.
- Cleland J., M. Ali and I. Shah. 2006. "Trends in Protective Behavior among Single vs. Married Young Women in Sub-Saharan Africa: The Big Picture." *Reproductive Health Matters* 14(28): 17-22.
- Cohen, M. 2008. Plenary Presentation, "Prevention of the Sexual Transmission of the HIV-1: A View from the 21st Century." XVII International AIDS Conference. Aug. 3. Mexico City: Mexico. www.aids2008.org
- Coker, A. 2007. "Does Physical Intimate Partner Violence Affect Sexual Health?: A Systematic Review." *Trauma, Violence, & Abuse* 8(2): 149-177.
- Colombini, C., S. Mayhew and C. Watts. 2008. "Health-sector Responses to Intimate Partner Violence in Low and Middle-income Settings: A Review of Current Models, Challenges and Opportunities." *Bulletin of the World Health Organization* 86 (8): 635-642.
- Creanga, A., H. Bradley, A. Kidanu, Y. Melkamu and A. Tsui. 2007. "Does the Delivery of Integrated Family Planning and HIV/AIDS Services Influence Community-based workers' Client Loads in Ethiopia?" *Health Policy and Planning* 22: 404-414.
- Crichton, J., C. Musembi and A. Ngugi. 2008. "Painful Tradeoffs: Intimate Partner Violence and Sexual and Reproductive Health Rights in Kenya." Brighton, UK: Institute of Development Studies. www.ids.ac.uk/ids/bookshop
- Croce-Galis, M. 2008. *Strategies for CHANGE: Breaking Barriers to HIV Prevention, Treatment and Care for Women*. NY, NY: Open Society Institute. http://www.soros.org/initiatives/health/focus/phw/articles_publications/publications/breakingbarriers_20080802/breakingbarriers.pdf
- Cummings, B., M. Mengistu, W Negash, A Bekele and T Ghile. 2006. "Barriers to and Facilitators for Female Participation in an HIV Prevention Project in Rural Ethiopia: Findings from a Qualitative Evaluation." *Culture, Health & Sexuality* 8 (3): 251-266.
- Dégrées-du-Lou, A., P. Msellati, I. Viho et al. 2002. Contraceptive Use, Protected Sexual Intercourse and Incidence of Pregnancies among African HIV-infected Women. DITRAME ANRS 049 Project, Abidjan 1995-2000. *International Journal of STD and AIDS*. 13:462-468.
- De Bruyn, M. 2007. "Unwanted Pregnancy and Abortion: What is the Situation for HIV Positive Women Today?" In Ed. Donta, B., *Strengthening Linkages between Sexual and Reproductive Health and HIV/AIDS*. Mumbai, India and Geneva, Switzerland: Indian Society for the Study of Reproduction and Fertility and the World Health Organization. www.ipas.org
- De Bruyn, M. 2006. "There's Nothing You Could Do if Your Rights Were Being Violated: Monitoring Millennium Development Goals in Relation to HIV-positive Women's Rights." Chapel Hill, NC: Ipas. http://www.ipas.org/Publications/asset_upload_file211_2896.pdf
- De Bruyn, M. 2005. "HIV/AIDS and Reproductive Health: Sensitive and Neglected Issues, A Review of the Literature, Recommendations for Action." Chapel Hill, NC: Ipas. http://www.ipas.org/Publications/asset_upload_file268_2956.pdf

- Delvaux, T., J. Diby Konan, O. Ake-Tano, V. Gohou-Kousassi, P. Basso, A. Buve and C. Ronsmans. 2008. "Quality of Antenatal and Delivery Care before and after the Implementation of a Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission Programme in Cote D'Ivoire." *Tropical Medicine and International Health* 13 (8): 970-979.
- Duerr, A., S. Hunt, A. Kourtis, N. Routenberg and D. Jamieson. 2005. "Integrating Family Planning and Prevention of Mother-to-child HIV Transmission in Resource-limited Settings." *The Lancet* 366: 261-263.
- Dunkle, K., Jewkes, R., M. Nduna, J. Levin, N. Jama, N. Khuzwayo, M. Koss and N. Duvvury. 2006. "Perpetration of Partner Violence and HIV Risk Behavior among Young Men in the Rural Eastern Cape, South Africa." *AIDS* 20 (16): 2107-2114.
- Dunkle, K., R. Stephenson, E. Karita, E. Chamba, K. Kayitenkore, C. Vwalika, L. Greenberg and S. Allen. 2008. "New Heterosexually Transmitted HIV Infections I Married or Cohabiting Couples in Urban Zambia and Rwanda: An Analysis of Survey and Clinical Data." *The Lancet* 371: 2183-2191.
- Dunkle, K., R. Jewkes, H. Brown, G. Gray, J. McIntyre and S. Harlow. 2004. "Gender-based Violence, Relationship Power and the Risk of HIV Infection in Women Attending Antenatal Clinics in South Africa." *The Lancet* 363 (9419): 1415-1421.
- Eyakuze, C., D. Jones, A. Starrs and N. Sorkin. 2008. "From PMTCT to a More Comprehensive AIDS Response for Women: A Much-needed Shift." *Developing World Bioethics* 8 (1): 33-42.
- FP/HIV Integration Working Group. 2008. FP/HIV Interagency Technical Working Group. 2008. "Strategic Considerations for Strengthening the Linkages between Family Planning and HIV Policies, Programs and Services." Draft.
- Farrell, B. 2007. "Family Planning-Integrated HIV Services: A Framework for Integrating Family Planning and Antiretroviral Therapy Services." NY: Engenderhealth, The Acquire Project. http://www.acquireproject.org/fileadmin/user_upload/ACQUIRE/Publications/FP-HIV-Integration_framework_final.pdf
- Federal Ministry of Health, Nigeria. 2008. "National Guidelines for the Integration of Reproductive Health and HIV Programmes in Nigeria."
- Foreit, K., K. Hardee and K. Agarwal. 2002. "When Does it Make Sense to Consider Integrating Family Planning and STD/HIV Services?" *International Family Planning Perspectives*. 28(2): 105-107.
- Fried, S. and S. Kowalski-Morton. 2008. "Sex and the Global Fund: How Sex Workers, Lesbians, Gays, Bisexuals, Transgender People, and Men Who Have Sex with Men are Benefitting from the Global Fund, or Not." *Health and Human Rights* 10 (2): 127-136. www.hhrjournal.org
- Gaddi, B., K. Pottur, M. Gopalakrishnan, M. Agarwal, E. Bayliss and Female Sex Workers. 2008. "Female Condom Breaks Gender Barriers – India- A Case Study." Abstract
- MOAC0204. XVII International AIDS Conference. Mexico City, Mexico.
- Gay, J. 2008. Field notes and interviews with Profamilia providers and patients for assignment for CHANGE, forthcoming. "Reproductive Justice for All." Washington, DC.
- Gay, J. 2006. Field notes and interviews with Profamilia providers and patients living with HIV for assignment for PAHO, forthcoming. "Gender Sensitive Guidelines for HIV Providers." Washington, DC.
- Glion Call to Action. 2004. WHO and UNFPA. Geneva Switzerland and NY, USA .http://www.who.int/reproductive-health/stis/docs/glion_consultationsummary.pdf.
- Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria (Global Fund). No Date. The Framework Document of the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Title, Purpose, and Principles and Scope of the Fund. The Global Fund. http://www.theglobalfund.org/documents/TGF_Framework.pdf .
- Global Fund. 2007. Proposal from Mongolia for Round 7. <http://www.theglobalfund.org/programs/grant/?compid=1542&grantid=662&lang=en&CountryId=MON>
- Global Fund. 2008a. "Fact Sheet: Ensuring a Gender Sensitive Approach." Sept. 15. Geneva: The Global Fund. <http://www.theglobalfund.org/>
- Global Fund, 2008b. Gender Decision at the 18th Board Meeting, Nov. 7-8, New Delhi, India. GF/B18/4 Addendum Decision. http://www.theglobalfund.org/documents/board/18/GF-B18-02_ReportSeventeenthBoardMeeting.pdf
- Global Fund. 2008c. Guidelines for Proposals- Round 9 (Single Country Applicants). Geneva, The Global Fund. http://www.theglobalfund.org/documents/rounds/9/CP_PoI_R9_Guidelines_Single_en.pdf
- Global Fund. 2008d. Grant Performance Report for Mongolia MON-708-G05-H. <http://www.theglobalfund.org/programs/grant/?compid=1542&grantid=662&lang=en&CountryId=MON>

- Global Fund. 2008e. Fact Sheet: The Global Fund's Approach to Health Systems Strengthening. http://www.theglobalfund.org/documents/rounds/9/CP_Pol_R9_FactSheet_5_HSS_en.pdf
- Global Fund. 2008f. Fact Sheet: Community Systems Strengthening. http://www.theglobalfund.org/documents/rounds/9/CP_Pol_R9_FactSheet_5_HSS_en.pdf.
- Global Fund. 2009. "Mid-term Review of the Second Voluntary Replenishment 2008-2010, Caceres, Spain, 30 March – 1 April 2009." Geneva, Switzerland.
- Global Fund and International HIV/AIDS Alliance. 2008. *Civil Society Success on the Ground: Community Strengthening Systems and Dual-track Financing: Nine Illustrative Studies*. Geneva, Switzerland and Brighton, UK.
- Gregson, S., C. Nyamukapa, G. Garnett, M. Wambe, J. Lewis, P. Mason, S. Chaniwana, and R. Anderson. 2005. "HIV Infection and Reproductive Health in Teenage Women Orphaned and Made Vulnerable by AIDS in Zimbabwe." *AIDS Care* 17 (7): 7885-794.
- Grunseit, A. 1997. *Impact of HIV and Sexual Health Education on the Sexual Behaviour of Young People: A Review*. Geneva: UNAIDS. http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub01/jc010-impactyoungpeople_en.pdf
- Gruskin, S., R. Firestone, S. MacCarthy and L. Ferguson. 2008. "HIV and Pregnancy Intentions: Do Services Adequately Respond to Women's Needs?" *American Journal of Public Health* 98 (10): 1746-1750.
- Gruskin, S., L. Ferguson and J. O'Malley. 2007. "Ensuring Sexual and Reproductive Health for People Living with HIV: An Overview of Key Human Rights, Policy and Health Systems Issues." *Reproductive Health Matters* 15 (29 Supplement): 4-26.
- Haddock, S., K. Hardee, J. Gay, P. Pawlak and C. Stellini. 2008. *Comprehensive HIV Prevention: Condoms and Contraceptives Count*. Washington, DC: Population Action International. http://www.populationaction.org/Publications/Reports/Comprehensive_Hiv_Prevention/Summary.shtml
- Halperin, D. and H. Epstein. 2004. "Concurrent Sexual Partnerships Help to Explain Africa's High HIV Prevalence: Implications for Prevention." *The Lancet* 364: 4-6.
- Hardee, K., J. Gay, M. Croce-Galis, C. Wingfield, and M. Wood. 2008. *Identifying What Works: Evidence on HIV and AIDS Interventions for Women and Girls*. New York: Open Society Institute. www.osi.org, link forthcoming.
- Hardee, K., M. Hamilton and C. Shepherd. 2006. "Policy: The Neglected Dimension of Integration." PowerPoint presentation to: International Conference Linking Reproductive Health and Family Planning with HIV/AIDS Programs in Africa." Addis Ababa, Ethiopia. October. http://www.jhsph.edu/gatesinstitute/_pdf/policy_practice_FP-HIV/Presentations/Addis_ConfSum.pdf.
- Hardee, K. and K. Yount. 1995. "Delivering the Reproductive Health Promise: From Rhetoric to Reality." *FHI Working Paper*, WP95-01. August. www.fhi.org
- Hladik, W., I. Shabbir, A. Jelaludin, A. Woldu, M. Tsehaynesh and W. Tadesse. 2006. "HIV/AIDS in Ethiopia: Where is the Epidemic Heading?" *Sex Trans Inf* 82: 32-35.
- Hoffman, I., F. Martinson, K. Powers, D. Chilongozi, E. Msiska, E. Kachipapa, D. Chilongozi, M. Hosseinipour, H. Chanza, R. Stephenson and A. Tsui. 2008. "The Year-long Effect of HIV-Positive Test Results on Pregnancy Intentions, Contraceptive Use and Pregnancy Incidence among Malawian Women." *Journal of AIDS* 47 (4): 477-488.
- Human Rights Watch. 2006. "A High Price to Pay: Detention of Poor Patients in Burundian Hospitals." Vol. 18., No. 8A. NY, NY. www.hrw.org
- IPPF, UNFPA, WHO, UNAIDS, GNP+, ICW and Young Positives. 2008. *Rapid Assessment Tool for Sexual & Reproductive Health and HIV Linkages: A Generic Guide*. NY: UNFPA. Printed in Mexico. http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/815_filename_inkages_rapid_tool.pdf
- Interact Worldwide, International HIV/AIDS Alliance, Global AIDS Alliance, Population Action International, IPPF, and Friends of the Global Fund Africa. 2008. "Guidelines for Integrating Sexual and Reproductive Health into the HIV/AIDS Component Country Coordinated Proposals to be Submitted to the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria: Round 8 and Beyond." http://www.globalaid-alliance.org/page/-/PDFs/Round_8_GFATM_SRH-HIV_Proposal_Guidelines.pdf
- International Community of Women Living with HIV/AIDS (ICW). 2009. "The Forced and Coerced Sterilization of HIV Positive Women in Namibia." London, UK. www.icw.org
- Ipas. 2008. "Reproductive Choice and Women Living with HIV/AIDS." Chapel Hill, NC: Ipas. http://www.ipas.org/Publications/asset_upload_file620_2495.pdf

- Ipas, Federation for Women and Family Planning, FEIM, Gender AIDS Forum, ICW, Instituto de Educacion y Salud, Planned Parenthood Federation of Nigeria, Punto de Encuentro de la Comunidad, and WOFAK. 2006. *There's Nothing You Could Do if Your Rights Were Being Violated: Monitoring Millennium Development Goals in Relation to HIV-positive Women's Rights*. Chapel Hill, NC: Ipas. www.ipas.org
- International Community of Women Living with HIV/AIDS (ICW). 2008. "Addressing the Needs of HIV-positive Women for Safe Abortion Care." London, UK: ICW. <http://www.icw.org/files/ICW%20abortion%20briefing%20paper%206-08.pdf>
- International HIV/AIDS Alliance in India. 2007. "Spotlight on Women, Sexual and Reproductive Health & HIV/AIDS." *Programme Brief*. Website: www.aidsallianceinindia.net
- Jewkes, R., K. Dunkle, M. Nduna, J. Levin, N. Jama, N. Khuzwayo, M. Koss, A. Puren and N. Duvvury. 2006. "Factors Associated with HIV Sero-status in Young Rural South African Women: Connections between Intimate Partner Violence and HIV." *International Journal of Epidemiology* 35: 1461-1468.
- Kalichman, S. and L. Simbayi. 2004. "Sexual Assault History and Risks for Sexually Transmitted Infections among Women in an African Township in Cape Town, South Africa." *AIDS Care* 16 (6): 681-689.
- Kiarie, J., C. Garquhar, B. Richardson, M. Kabura, F. John, R. Nduati and G. John-Stewart. 2006. "Domestic Violence and Prevention of Mother-to-child Transmission of HIV-1." *AIDS* 20 (13): 1763-1769.
- Kennedy, C. 2008. "Linking Sexual & Reproductive Health and HIV: Evidence Review and Recommendations." Presentation at FP/HIV Integration Workshop. October. 21-22. Washington, DC.
- Kim, J., L. Mokwena, E. Ntelmo, N. Swane, A. Noholoza, T. Abramsky, E. Marinda, I. Askew, J. Chege, S. Mullick, L. Gernhotz, L. Vetten and A. Meerkotter. 2007. (Kim et al., 2007a). "Developing an Integrated Model for Post-rape Care and HIV Post-exposure Prophylaxis in Rural South Africa" Washington, DC: Population Council, Rural AIDS & Development Action Research Programme, School of Public Health, University of Witwatersrand, South Africa and Tshwaranang Legal Advocacy Centre, South Africa. www.popcouncil.org http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR_FinalReports/SouthAfrica_RADAR.pdf
- Kim, J.C., C.H. Watts, J.R. Hargreaves, L.X. Ndhlovu, G. Phetla, L.A. Morison, J. Busza, J.D. Porter and P. Pronyk. 2007. (Kim et al., 2007b). "Understanding the impact of a microfinance-based intervention on women's empowerment and the reduction of intimate partner violence in South Africa." *American Journal of Public Health* 97(10): 1794-802. www.web.ac.za/academic/health/PublicHealth/Radar
- Maharaj, P. and J. Cleland. 2006. "Condoms Become the Norm in the Sexual Culture of College Students in Durban, South Africa." *Reproductive Health Matters* 14(28): 104-112.
- Maman, S., J. Campbell, M. Sweat and A. Gielen. 2000. "The Intersections of HIV and Violence: Directions for Future Research and Interventions." *Social Science and Medicine* 50(4): 459-478.
- Mark, K., J. Meinzen-Derr, R. Stephenson, A. Haworth, Y. Ahmed, D. Duncan, A. Westfall and S. Allen. 2007. "Contraception among HIV Concordant and Discordant Couples in Zambia: A Randomized Controlled Trial." *Journal of Women's Health* 16: 1200-1210.
- McCarragher, D., C. Cuthbertson, D. Kung'u, C. Otterness, L. Johnson and G. Magiri. 2008. "Sexual Behavior, Fertility Desires and Unmet Need for Family Planning among Home-based Care Clients and Caregivers in Kenya." *AIDS Care* 20 (9): 1057-1065.
- Ministry of Health, Federal Democratic Republic of Ethiopia. 2007. "National Adolescent and Youth Reproductive Health Strategy, 2007-2015." Addis Ababa, Ethiopia.
- Ministry of Health, Federal Democratic Republic of Ethiopia. 2006. "National Reproductive Health Strategy, 2006-2015." March 2006. Addis Ababa, Ethiopia.
- Mir, G. C. Vaughan, M. Taveres, I. Brito, E. Del Rosario, M. Sosa, V. Brache and K. Brudney. 2008. "Integrating Triple Therapy for PMtCT into Public and NGO clinics in the Dominican Republic." Abstract No. TUPE0128. XVII International AIDS Conference. Mexico City, Mexico. <http://www.iasociety.org/AbstractSearch.aspx>
- Mir Mesojo, G, C. Vaughan, V. Brache, F. Benitez, A. Garcia and K. Brudney. 2006. "Integrating HIV Care into a Reproductive Health Clinic in Santo Domingo, Dominican Republic." Abstract no. THPE0237. XVI International AIDS Conference. Toronto, Canada. <http://www.iasociety.org/AbstractSearch.aspx>

- Mitchell, M., S. Mayhew and I. Haivas. 2004. "Integration Revisited." Background paper to the report, *Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals*. NY: UN Millennium Project. www.unmillenniumproject.org/documents/Mitchell_Mayhew_and_Haivas-final.pdf
- Moodley, J. and C. Morroni. 2007. "Emergency Contraception – Lack of Awareness among Women Presenting for Termination of Pregnancy." *SAMJ* 97 (8): 584.
- Myer, L., C. Morroni and K. Rebe. 2008. "Prevalence and Determinants of Fertility Intentions of HIV-Infected Women and Men Receiving Antiretroviral Therapy in South Africa." *AIDS Patient Care and STDs* 21 (4): 278-285.
- Myer, L., K. Rebe and C. Marroni. 2007. "Missed Opportunities to Address Reproductive Health Care Needs among HIV-infected Women in Antiretroviral Therapy Programmes." *Tropical Medicine and International Health* 12 (12): 1484-1489.
- Nzabonimpa, A. 2008. "HIV and FP Integration in Rwanda: Where we Are and Where we Need to Go." PowerPoint presentation at FP/HIV Integration Workshop. October. 21-22. Washington, DC.
- Newman, C., N. Makoae, E. Reavely and L. Fogarty. 2009. "Alleviating the Burden of Responsibility: Report on a Study of Men as Providers of Community-based HIV/AIDS Care and Support in Lesotho." Chapel Hill, NC: IntraHealth International. www.capacityproject.org
- Okundi, B., C. Aloo-Obunga, R. Sanders, C. Shepherd, and C. Green. 2008. Rapid Assessment on Policy and Operational Barriers to the Integration of FP/RH/HIV Services in Kenya. Draft. Washington, DC: Health Policy Initiative, Task Order 1, Futures Group International.
- Otsea, K. and S. Tesfaye. 2007. "Monitoring safe abortion care service provision in Tigray, Ethiopia: Report of a baseline assessment in public-sector facilities." Chapel Hill, NC: IPAS. http://www.ipas.org/Publications/asset_upload_file360_3299.pdf
- PAHO and UNICEF. "Evaluación de la respuesta del sistema nacional de salud al VIH/SIDA en la República Dominicana: Una herramienta política, gerencial y técnica para avanzar hacia el acceso universal." May 2007. Washington, DC: PAHO.
- Paiva, V., N. Santos, I. Fanca-Junior, E. Filipe, J. Ayres and A. Segurado. 2007. "Desire to Have Children: Gender and Reproductive Rights of Men and Women Living with HIV: A Challenge to Health Care in Brazil." *AIDS Patient Care and STDs* 21 (4): 268-277.
- Pearson, R. 2008. "Legislation Contagion: Building Resistance." *Canadian HIV/AIDS Legal Network HIV/AIDS Policy & Law* 13 (2/3): 1-10.
- Peck, R., D. Fitzgerald, B. Liautaud, M. Deschamps, R. Verdier, M. Beaulieu, R. GrandPierre, P. Joseph, P. Severe, F. Noel, P. Wright, W. Johnson, Jr. and J. Pape. 2003. "The Feasibility, Demand, and Effect of Integrating Primary Care Services with HIV Voluntary Counseling and Testing. Evaluation of a 15-Year Experience in Haiti, 1985-2000." *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 33(4): 470-475.
- Physicians for Human Rights (PHR). 2007. *Epidemic of Inequality: Women's Rights and HIV/AIDS in Botswana & Swaziland: An Evidence-based Report on the Effects of Gender Inequity, Stigma and Discrimination*. Written by Karen Leiter. Boston: PHR. <http://physiciansforhumanrights.org/library/documents/reports/botswana-swaziland-report.pdf>
- Population Council. N.D. Assessing Integration Methodology. Washington, DC: Frontiers, Population Council. www.popcouncil.org/frontiers/projects_pubs/topics/SLR/ AIM_Manual.html
- Pronyk, P., J. Kim, T. Abramsky, G. Phetla, J. Hargreaves, L. Morison, C. Watts, J. Busza and J. Porter. 2008. "A Combined Microfinance and Training Intervention Can Reduce HIV Behavior among Young Program Participants: Results from the IMAGE Study." Abstract MOAC0201, IAC, Mexico City, Mexico. <http://www.iasociety.org/AbstractSearch.aspx>
- Pronyk, P., J. Hargreaves, J. Kim, L. Morison, G. Phetla, C. Watts, J. Busza and J. Porter. 2006. "Effect of a Structured Intervention for the Prevalence of Intimate-partner Violence and HIV in Rural South Africa: A Cluster Randomised Trial." *The Lancet* 368: 1973-1983.
- Pulerwitz, J., G. Barker, M. Segundo, and M. Nascimento (2006). Promoting More Gender-equitable Norms and Behaviors Among Young Men as an HIV/AIDS Prevention Strategy. Washington, DC, Horizons Program. <http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/brgendernorms.pdf>
- Rahman, M., T. Giday, M. Asknake and J. Wilder. 2007. "Enhanced access to reproductive health and family planning: Pathfinder International in Ethiopia 2002-2007." Watertown, MA: Pathfinder International. http://www.pathfind.org/site/DocServer/Enhanced_Access_to_RH_and_FP_Ethiopia_2007.pdf?docID=11161

- Rasch, V., F. Yambesi and S. Massawe. 2006. "Post-abortion Care and Voluntary HIV Counselling and Testing – An Example of Integrating HIV Prevention into Reproductive Health Services." *Tropical Medicine and International Health* 11 (5): 697-704.
- Republic of Burundi. 2008. "Intensification and decentralization program for the fight against AIDS in Burundi." Proposal for Round 8, Global Fund.
- Republic of Burundi. 2008. "Joint IDA-IMF Staff Advisory Note on the Poverty Reduction Strategy Paper. First Progress Report." Report No. 46664-B1. Washington, DC: World Bank.
- Reynolds, H., B. Janowitz, R. Hofman, et al. 2006. "The Value of Contraception to Prevent Perinatal HIV Transmission." *Sexually Transmitted Diseases*. 33:350-356.
- Ribeiro, P., K. Jacobsen, C. Materhs and C. Garcia-Moreno. 2008. "Priorities for Women's Health from the global burden of Disease Study." *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 102: 82-90.
- Rollins, N. and W. Mphatswe. 2008. "From Prevention of Mother-to-child Transmission to Child Survival...and Back." *Current Opinion in HIV and AIDS* 3(2): 180-185.
- Ross and Winfrey. 2002. "Unmet need for Contraception in the Developing World and the Former soviet Union: An Updated Estimate." *International Family Planning Perspectives* 28(3). <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2813802.html>
- Rottach, E., S. Schuler and K. Hardee. 2009. *Gender Perspectives Improve Reproductive Health Outcomes: New Evidence*. Forthcoming. Washington, DC: The Interagency Gender Working Group. www.igwg.org
- Saha, A., C. Livin, J. Omega and I. Rani. 2008. "Hidden Costs of Services: Prices Female Sex Workers Pay for Accessing Reproductive and Health Services: An Exploratory Study from India." Poster THEPE0527. XVII International AIDS Conference. Mexico City, Mexico. Aug. 3-8, 2008. <http://www.iasociety.org/AbstractSearch.aspx>
- Saha, A., T. Sellers, I. Rani and S. Pongurlekar. 2008. "Service Provider Stigma as a Barrier to Sex Workers' Access to Sexual and Reproductive Health Services in India." Poster THPE0522. XVII International AIDS Conference. Mexico City, Mexico. Aug. 3-8, 2008. <http://www.iasociety.org/AbstractSearch.aspx>
- Searing, H., B. Farrell, S. Gutin, N. Johri, L. Submaian, H. Kakade, G. Nagendi, M. Randiki, M. Msiat-Mwangi. 2008. "Evaluation of a Family Planning and Antiretroviral Therapy Pilot in Mbale, Uganda." NY, NY: Acquire Evaluation and Research Studies. http://www.acquireproject.org/fileadmin/user_upload/ACQUIRE/Publications/FP-ART-Integration-final.pdf
- Sebitloane, H. and R. Mhlanga. 2008. "Changing Patterns of Maternal Mortality (HIV/AIDS Related) in Poor Countries." *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 22 (3): 489-499.
- Sellers, T., A. Saha, I. Khan, and J. Omega. 2008. "Identifying HIV and SRH Service Integration Options to Increase Access to Family Planning and Safe Abortion for HIV Positive Women in India." Poster THPE0527. XVII International AIDS Conference. Mexico City, Mexico. Aug. 3-8, 2008. <http://www.iasociety.org/AbstractSearch.aspx>
- Shahmanesh, M., V. Patel, D. Mabey and F. Cowan. 2008. "Effectiveness of Interventions for the Prevention of HIV and Other Sexually Transmitted Infections in Female Sex Workers in Resource Poor Setting: A Systematic Review." *Tropical Medicine and International Health* 13 (5): 659-679.
- Strachan, M., A. Addo-Kwateng, K. Hardee, S. Ubramaniam, N. Judice and K. Agarwal. 2004. "An Analysis of Family Planning Content in HIV/AIDS, VCT and PMTCT Policies in 16 Countries." Working Paper Series No. 9. Washington, DC: Policy Project, Futures Group. <http://www.policyproject.com/pubs/workingpapers/wps-09.pdf>
- Stadler, J. and S. Delany. 2006. "The 'Healthy Brothel': The Context of Clinical Services for Sex Workers in Hillbrow, South Africa." *Culture, Health & Sexuality* 8 (5): 451-463.
- Stek, A. "Antiretroviral Treatment in Pregnancy." *Current Opinion in HIV and AIDS* 3 (2): 155-160.
- Stephenson, R. 2007. "Human Immunodeficiency Virus and Domestic Violence: The Sleeping Giants of Indian Health?" *Indian Journal of Medical Sciences* 61 (5): 251-252.
- Stover, J., N. Fuchs, D. Halperin, et al. 2003. *Costs and Benefits of Adding Family Planning to Services to Prevent Mother-to-Child Transmission of HIV (PMTCT)*. Washington, DC: The Futures Group POLICY Project.
- Thurman, T., L. Brown, L. Richter, P. Maharaj and R. Magnani. 2006. "Sexual Risk Behavior among South African Adolescents: Is Orphan Status a Factor?" *AIDS Behav* 10: 627-635.

- UNAIDS. 2008. *Report on the Global AIDS Epidemic*. Geneva. http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIV-Data/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp
- UNAIDS. 2006. *Report on the Global AIDS Epidemic*. Geneva. <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIV-Data/GlobalReport/2006/default.asp>
- UNFPA. 2008. *State of World Population 2008: Reaching Common Ground: Culture, Gender and Human Rights*. NY. http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/816_filename_en-swap08-report.pdf
- UNFPA. 2004. "National Study on Sexual and Gender Based Violence." Ligue ITEKA.
- UNFPA and the Alan Guttmacher Institute. 2004. *The Benefits of Investing In Sexual and Reproductive Health Care*. New York: UNFPA.
- United Nations General Assembly. 2008. "Declaration of Commitment on HIV/AIDS and Political Declaration on HIV/AIDS: Midway to the Millennium Development Goals". *Report of the Secretary-General*. New York: United Nations.
- UNIFEM. 2008. <http://www.genderandaids.org>. Accessed on 5/20/08.
- USAID. 2008. FP and HIV Prevention Integration. http://www.usaid.gov/our_work/global_health/pop/techareas/fphiv.html. Accessed 1/2/09.
- USAID/DELIVER PROJECT. 2008a. "Global Fund Financing of Condoms and Contraceptive Security." *Policy Brief*. Washington DC: USAID/DELIVER PROJECT. http://deliver.jsi.com/dlvr_content/resources/allpubs/logisticsbriefs/GlobFundFinaCondCS.pdf
- USAID/DELIVER PROJECT. 2008b. Global Fund in Rwanda Agrees to Finance Contraceptives. October 20. http://deliver.jsi.com/dhome/newsdetail?p_item_id=13599056&p_token=FE0DAD48C8561601C31E41C076AFC735
- Weiser, S., K. Leiter, D. Bangsberg, L. Bangsberg, L. Butler, F. Percy-de-Korte, Z. Hlanze, N. Phaladze, V. Iacopino and M. Heiser. 2007. "Food Insufficiency is Associated with High-risk Sexual Behavior among Women in Botswana and Swaziland." *PLoS Medicine* 4 (10): e260.
- Wilcher, R., T. Petruney, H. Reynolds and W. Cates. 2008. "From Effectiveness to Impact: Contraception as an HIV Prevention Intervention." *Sexually Transmitted Infections* 84: ii54-ii60.
- Wilcher, R, and I Askew. 2008. "Programmatic Considerations for Strengthening the Integration of FP and HIV Service Delivery Programs." Presentation given at the FP/HIV Integration Working Group Meeting. Washington, DC. October 21-22, 2008.
- Williams, T, S Mullen, A Karim and J Posner. (2007). *Evaluation of the African Youth Alliance Program in Ghana, Tanzania, and Uganda*. Arlington, VA: John Snow Inc. http://www.jsi.com/Managed/Docs/Publications/Evaluation/aya_evaluation_synthesis.pdf
- World Health Organization. 2008a. *Essential Prevention and Care Interventions for Adults and Adolescents Living with HIV in Resource-limited Settings*. Geneva: WHO. http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/OMS_EPP_AFF_en.pdf
- WHO. 2008b. "Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use: 2008 Update." Geneva WHO. <http://www.who.int/reproductive-health/publications/mec/mec.pdf>
- WHO. 2007a. "HIV Technical Briefs: Strengthening Linkages between Family Planning and HIV: Reproductive Choices and Family Planning for People Living with HIV." 13 June. Geneva: WHO. http://www.who.int/reproductive-health/hiv/hiv_tecbrief_fp.pdf
- WHO, 2007b. *Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action*. Geneva, Switzerland.
- WHO. 2005. *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women. Initial Results on Prevalence, Health Outcomes and Women's Responses*. Summary Report. Geneva: WHO. http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/chapter1/en/index1.html
- WHO, UNFPA, UNAIDS, and IPPF. 2008a. "Linking Sexual and Reproductive Health and HIV/AIDS, Gateways to Integration: A Case Study from Haiti." Geneva: WHO. http://www.who.int/reproductive-health/hiv/ippf_linkages_haiti.pdf
- WHO, UNFPA, UNAIDS, and IPPF. 2008b. "Linking Sexual and Reproductive Health and HIV/AIDS, Gateways to Integration: A Case Study from Kenya." Geneva, WHO. http://www.who.int/reproductive-health/hiv/ippf_linkages_kenya.pdf
- WHO, UNFPA, IPPF, UNAIDS and UCSF. 2008c. "Sexual and Reproductive Health Linkages: Evidence Review and Recommendations." Geneva: WHO. http://www.who.int/reproductive-health/hiv/linkages_evidence_review.pdf

WHO, UNFPA, IPPF and UNAIDS. 2005. *Sexual and Reproductive Health & HIV/AIDS. A Framework for Priority Linkages*. Geneva: WHO and UNAIDS, New York: UNFPA and London: IPPF. http://www.who.int/reproductivehealth/stis/docs/framework_priority_linkages.pdf

UNAIDS. 2007. *AIDS Epidemic Update December 2007*. Geneva: UNAIDS.

UNAIDS. 2005. *Intensifying HIV Prevention: UNAIDS Policy Position Paper*. Geneva, Switzerland. (http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc1165-intensif_hiv-newstyle_en.pdf)

United Nations General Assembly. 2008. "Declaration of Commitment on HIV/AIDS and Political Declaration on HIV/AIDS: Midway to the Millennium Development Goals". *Report of the Secretary-General*. New York: United Nations.

ENDNOTES

- 1 Global Fund, N.D.
- 2 In 2004, a number of organizations issued the Glion Call to Action (2004) to strengthen the links between reproductive health/family planning and HIV/AIDS. Other relevant material include a UNAIDS policy position paper on intensifying HIV prevention, UNAIDS, 2005, and the Maputo Plan of Action (Africa Union, 2006).
- 3 UNFPA and IPPF, 2004; WHO, 2007; WHO et al., 2005; USAID, 2008; UNFPA and EngenderHealth, 2004.
- 4 Addis Ababa University et al., 2006.
- 5 UNAIDS, 2007.
- 6 United Nations General Assembly, 2008.
- 7 Global Fund, 2008b: 3.
- 8 Pearson, 2008.
- 9 Glion Call to Action. (http://www.who.int/reproductive-health/stis/docs/glion_consultationsummary.pdf. Accessed December 24, 2008).
- 10 UNFPA and the Alan Guttmacher Institute, 2004
- 11 Hardee and Yount, 1995.
- 12 UNAIDS, 2008.
- 13 United Nations General Assembly, 2008.
- 14 Rollins and Mphatswe, 2008:184.
- 15 Sebitloane and Mhlanga, 2008: 496.
- 16 Stek, 2008.
- 17 Cates, W, quoted in Timberg, C. 2007.
- 18 Dégrées-du-Lou et al., 2002 cited in Wilcher et al, 2008.
- 19 Rochat et al, 2006; Degres-du-Lou et al., 2002; and Homsy et al., 2008 cited in Wilcher et al., 2008.
- 20 Hardee et al., 2008
- 21 Wilcher, et al., 2008.
- 22 Hardee et al., 2008; UNAIDS, 2006.
- 23 43 Sebitloane and Mhlanga, 2008: 498.
- 24 Wilcher et al., 2008
- 25 45 Stover et al., 2003.
- 26 Reynolds et al., 2008.
- 27 Assimwe et al., 2005.
- 28 Myer et al., 2008 ; Lalichman et al., 2007; Pearson et al., 2008.
- 29 de Bruyn, 2006.
- 30 WHO et al., 2008; Kennedy, 2008.
- 31 Mark et al., 2007.
- 32 Reynolds et al., 2003; Reynolds et al., 2006; Mullike et al., 2007 cited in Wilcher et al., 2008.
- 33 Cleland et al., 2006.
- 34 Maharaj and Cleland, 2006.
- 35 Grunseit, 1997.
- 36 Thurman et al., 2006; Birdthistle et al., 2008.
- 37 Gregson et al., 2005
- 38 McCarraher et al., 2008.
- 39 Rasch et al., 2006.
- 40 Potter et al., 2008; Abrams et al., 2007 cited in Gruskin et al., 2008.
- 41 Ipas et al., 2006.
- 42 Ipas et al., 2006.
- 43 ICW, 2009.
- 44 Eyakuze et al., 2008: 33.
- 45 Saha, Sellers et al., 2008.
- 46 Saha, Levin et al., 2008.
- 47 Sellers et al., 2008.
- 48 Fried and Kowalski-Morton, 2008; Global Fund, 2006 cited in Fried and Kowalski-Morton.
- 49 Fried and Kowalski-Morton, 2008: 129.
- 50 Gay, 2006; Paxton et al., 2004.
- 51 Saha, Sellers et al., 2008.
- 52 Coker, 2007; Stephenson, 2007; Jewkes et al., 2006; Dunkle et al., 2004.
- 53 WHO, 2005; Andersson et al., 2007; Dunkle et al., 2006; Dunkle et al., 2004.
- 54 Colombini et al., 2008.
- 55 Kim et al., 2007a.
- 56 Christofides et al., 2006
- 57 Williams et al., 2007.
- 58 UNIFEM 2008.
- 59 Pulerwitz, Barker and Nascimento, 2006:1.
- 60 PHR, 2007.
- 61 Barker et al., 2007; Rottach, Schuler and Hardee, 2009.
- 62 Cohen, 2008.
- 63 Shahmanesh et al., 2008.
- 64 Global Fund, 2008b
- 65 Global Fund, 2009
- 66 Global Fund, 2008b:13.
- 67 Mitchell et al., 2004.
- 68 FP/HIV Integration Working Group, 2008: 7.

- 69 Saha, Levin et al., 2008; Saha, Seller et al., 2008.
- 70 Global Fund, 2008b:13.
- 71 UNAIDS. 2007. *Practical Guidelines for Intensifying HIV Prevention: Towards Universal Access*. Geneva: UNAIDS. http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/20070306_prevention_guidelines_towards_universal_access_en.pdf .
- 72 Myer et al., 2007; De Bruyn, 2007; De Bruyn, 2005.
- 73 Global Fund, 2008c: 59.
- 74 Federal Ministry of Health, Nigeria, 2008:13.
- 75 Strachan et al., 2004.
- 76 Bradley et al., 2008.
- 77 Federal Ministry of Health, Nigeria, 2008: 7.
- 78 Federal Ministry of Health, Nigeria, 2008: 9 and 10.
- 79 Basu et al., 2004
- 80 Global Fund, 2008e.
- 81 WHO, 2007: 3.
- 82 USAID/DELIVER PROJECT, 2008a.
- 83 USAID/DELIVER PROJECT, 2008b.
- 84 Global Fund 2008f.
- 85 FP/HIV Integration Working Group, 2008; Hardee and Yount, 1995; Mitchell et al., 2004.