

PTME : L'intégration d'une planification familiale adaptée aux besoins des couples vivant avec le VIH

Charlotte Dézé,
Sanata Diallo,
Solthis

La 16^{ème} ICASA a accordé plusieurs sessions au thème de l'intégration des services de santé sexuelle et génésique (SSG) et de ceux liés au VIH/Sida, en particulier planning familial et PTME. Cela a été l'occasion pour les représentants des institutions internationales de présenter les stratégies récentes en matière d'élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants et pour quelques pays d'exposer des expériences prometteuses d'intégration des services (Ouganda, Zimbabwe, Éthiopie).

Par ailleurs, certaines présentations ont permis de mieux comprendre les obstacles à cette intégration, obstacles qui empêchent les pays de réaliser un développement concret de l'offre de services intégrés, malgré les stratégies et les preuves de plus en plus nombreuses des effets bénéfiques et de la faisabilité d'intégrer les services de PF et de PTME.

En 15 ans (1995-2010), les efforts mondiaux pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant (PTME) auraient permis d'éviter l'infection à VIH chez environ 350 000 nouveau-nés. L'incidence est en baisse constante depuis 2004 mais reste cependant supérieure à 100 000 nouvelles infections à VIH chez les enfants de moins de 15 ans en 2010¹.

Des opportunités majeures

Ces résultats sont essentiellement dus à des interventions sur les piliers 3 et 4 de

la PTME (voir figure 1). Aujourd'hui, tous les experts s'accordent sur le fait que, ces interventions, même renforcées, ne suffiront pas à elles seules à atteindre l'objectif d'éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants en 2015. Des actions concrètes doivent être menées envers les piliers 1 et 2 de la PTME pour éviter les nouvelles infections dans la population en âge de procréer et prévenir les grossesses non désirées. Dans ce

contexte, l'intégration des services de planning familial et de PTME du VIH est vue comme une des opportunités majeures pour atteindre cet objectif, mais également pour atteindre les OMD 4 (réduire la mortalité infantile), 5 (améliorer la santé maternelle) et 6 (combattre le VIH/Sida, la malaria et les autres maladies).

Le planning familial: une composante essentielle de la PTME pour obtenir l'élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants

La deuxième plénière de la conférence a donné la parole à Chewe Luo de l'UNICEF sur le thème « Où en est l'Afrique en matière de PTME? : succès, défis et élimination de la TME »². Après une première phase pilote entre 1999 et 2004, puis une phase de passage à l'échelle entre 2004 et

A tous les niveaux, l'intégration des services peut entraîner une amélioration du coût-efficacité

2010, Chewe Luo a montré que la PTME était désormais rentrée dans une troisième phase, celle de l'élimination des nouvelles infections chez les enfants de moins de 15 ans. Dans ce cadre, elle a présenté le plan global pour l'élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants (2011-2015)³. La figure 2

reprend les objectifs généraux et spécifiques de cette stratégie. Dans une autre session, Georges Tembo⁴, du FNUAP, est revenu sur cette stratégie en annon-

çant la mise à disposition prochaine d'un document de cadre stratégique 2011-2015 spécifiquement dédié aux objectifs des piliers 1 et 2 « prévenir le VIH et les grossesses non désirées ».

Pour justifier de l'importance stratégique de l'intégration des services de planning familial et de PTME, C. Luo et G. Tembo se sont basés sur les résultats d'études récentes :

- Le modèle de Mary et al. (figure 3)⁵ montrant que les objectifs des piliers 1 et 2 doivent être ajoutés au pilier 3 pour réduire d'environ 80% la TME du VIH par rapport aux chiffres de 2009 dans les 25 pays les plus touchés par le VIH (représentant 91% des femmes enceintes séropositives des pays à revenus moyens et faibles)

- Les différentes études réalisées par Desgrées-du-Loû et al. (2002), RoCHAT et al. (2006), et HomSY et al. (2008)

Figure 1 - Approche stratégique globale de prévention de l'infection du VIH chez les nourrissons et les jeunes enfants (Nations unies 2003)

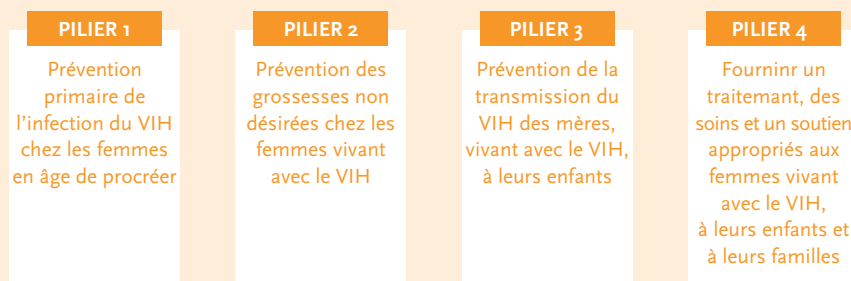


Figure 2 - Cibles pour l'élimination de nouvelles infections chez les enfants

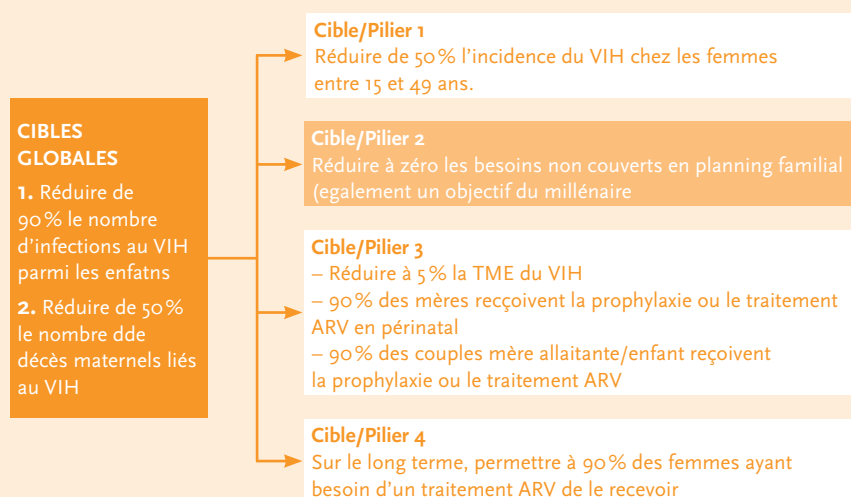
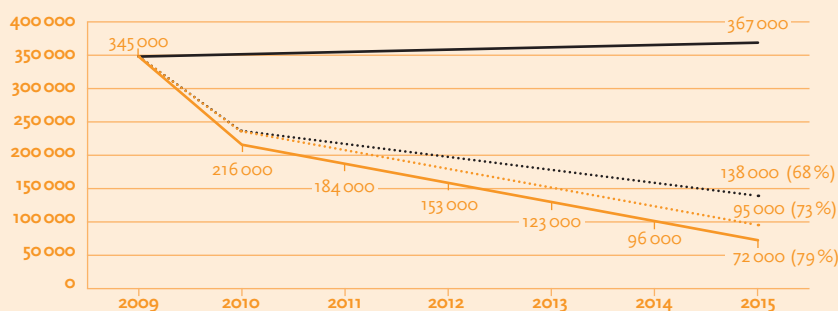


Schéma adapté de la présentation Chewie Lou UNICEF (16^{ème} ICASA) et du document: Global plan towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive – 2011-2015 UNAIDS

Figure 3 - Nombre estimé de nouvelles infections au VIH chez les enfants. Différents scénarios pour 25 pays

Schéma adapté de la présentation de G. Tembo (FNUAP) à la 16^{ème} ICASA⁴



Scénario 1 : — la couverture et le régime ARV obtenu en 2009 est maintenu
 Scénario 2 : la cible / pilier 3 est atteinte
 Scénario 3 : les cibles / piliers 1, 2 et 3 sont atteintes
 Scénario 4 : — les cibles / piliers 1, 2 et 3 sont atteintes et l'allaitement maternel est limité à 1 moyenne de 12 mois

montrant des taux élevés de grossesses non désirées de 51-91% chez les femmes séropositives au VIH dans les pays à forte prévalence. Comblant les besoins de ces femmes en intégrant le PF dans les services de PTME représenterait donc une formidable opportunité de réduire le nombre d'enfants exposés au VIH. D'autant plus que les contraceptifs (à leur niveau d'utilisation en 2009) sont, comparativement aux ARV, d'une efficacité plus grande en termes de réduction de nouvelles naissances séropositives évitées : 220 000/an pour les contraceptifs contre 240 000/5 ans pour les ARV dans les pays les plus touchés par le VIH⁶. Selon Reynolds et al.⁷, la couverture des besoins en PF en Afrique subsaharienne permettrait d'éviter annuellement 173 000 naissances séropositives.

Les avantages des liens et/ou de l'intégration des services de SSG/PF dans les services de PTME

Jean-Baptiste ROUNGOU de l'OMS⁸ a rappelé lors de sa présentation à la 16^{ème} ICASA le bénéfice certain et la faisabilité évidente des liens entre les services de SSG et ceux liés aux VIH, en se basant sur une revue de la littérature réalisée par un panel d'experts en 2009 et qui concluait notamment aux avantages suivants :

Au niveau des programmes :

- meilleure couverture des populations-cibles ;
- renforcement de l'efficacité et de l'efficience des programmes.

Au niveau des services :

- augmentation de l'utilisation des services ;
- amélioration de la qualité des soins ;
- utilisation plus rationnelle des ressources humaines en santé.

Au niveau des femmes séropositives/couples :

- accès accru aux services de SSG plus adaptés à leurs besoins ;
- réduction de la stigmatisation et de la discrimination ;
- amélioration de leur santé, de leur comportement (utilisation plus importante du préservatif), et de leurs connaissances sur le VIH et les IST.

Ces avantages sont dépendants de la prévalence de l'infection à VIH (avantages plus marqués si élevée), l'utilisation préalable des services de planification familiale (avantages plus marqués s'ils sont utilisés) et des capacités existantes des structures de santé à assurer les services intégrés.

Enfin, à tous les niveaux, l'intégration des services peut entraîner une amélioration du coût-efficacité. Plusieurs études ont déjà démontré cet avantage (2003, J. Stover et al., 2006 et 2008, H. Reynolds et al.)⁹. A la conférence, un poster relatant une étude de coût-efficacité menée au Malawi et au Swaziland¹⁰ confirme ce fait: l'intégration des services peut procurer des gains en terme d'efficience, du niveau programmatique jusqu'au niveau des bénéficiaires. Cependant, ces résultats sont contexte-spécifiques et il n'existe pas de processus d'intégration idéal. L'intégration peut comporter des risques de démultiplication des services avec une sur-utilisation d'un personnel débordé et une attente prolongée des patients.

L'intégration des liens entre SSR et VIH: expériences présentées à la 16^{ème} ICASA

La faisabilité, les avantages structurels, programmatiques et individuels, ainsi que les bénéfices financiers des liens entre SSR et VIH ne sont donc plus à démontrer aujourd'hui. L'évolution favorable des positions des bailleurs (notamment des Etats-Unis) comme celles des gouvernements des pays à ressources limitées (engagement de 9 pays d'Afrique francophone en matière de planning familial suite à la Conférence de Ouagadougou en 2011¹¹) représente une opportunité supplémentaire pour opérationnaliser l'intégration des services. Pourtant, très peu d'expériences ont été présentées à la 16^{ème} ICASA. On pourra citer néanmoins:

– Le projet Star-E (USAID – MHS)¹² en Ouganda a intégré les services de SSR au profit des couples sérodiscordants et

concordants suivis dans leurs centres: sensibilisation sur la SSG, conseil et dépistage du VIH pour les partenaires séronégatifs, dépistage et traitement des IST et du cancer du col, proposition de contraceptifs. 100 sur 485 couples ont accepté d'utiliser un contraceptif.

– Le projet CARMMA¹³ (initiative de la Commission de l'Union Africaine pour mettre en œuvre le plan d'action de Maputo pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique et l'atteinte des OMD 4 & 5 - 34 pays d'Afrique) a formé au Zimbabwe plus de 300 agents de santé sur les thématiques intégrées SSR/VIH. Cette formation a permis une collaboration des programmes VIH/TB et SSR pour la réalisation du manuel de formation, une utilisation efficace des ressources et une amélioration des connaissances des agents de santé sur ces thématiques. Cependant aucun résultat n'a été présenté en termes de changements de pratiques sur le terrain ni d'impact sur la santé, les comportements, etc.

– L'intégration d'un conseil en planning familial à l'initiative du prestataire dans les cliniques VIH de TASO (The AIDS Support Organisation, Ouganda)¹⁴ a permis de toucher près de 40% des 2 000 femmes VIH+ en âge de procréer suivies à TASO. 92,7% d'entre elles ont accepté une contraception, dont 84% ont choisi le préservatif. Seules 4,6% ont choisi la double protection.

Le peu d'initiatives et de résultats présentés à l'ICASA sont le reflet de la réalité: l'intégration de la PF dans les services de PTME est très peu réalisée. Une étude sur la place de la SSG dans les propositions liées au VIH approuvées par le Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme réalisée en 2008 montre que, dans les sept premiers rounds, au moins 70% des propositions contenaient une ou plusieurs interventions liées à la SSG. Cependant, seules 6% de la totalité des propositions approuvées contenaient des interventions de planning familial au sein de la PTME. Aucune ne prévoyait de

conseils sur la double protection lors des conseils sur le préservatif¹⁵.

Pour améliorer cette situation, les amis du Fonds Mondial pour l'Afrique et Population Action International ont créé The Initiative Partnership (TIP)¹⁶: destiné à 6 pays d'Afrique subsaharienne, le TIP incite les pays à accroître leur demande pour réaliser l'intégration de la SSG et du VIH et plaide pour que cette intégration constitue une priorité pour les institutions internationales, y compris d'un point de vue financier. 568 millions USD ont ainsi été octroyés à ces activités dans les propositions des rounds 8 et 9 de ces pays.

Les obstacles à l'intégration de la PF dans les services de PTME

Les obstacles structurels

– Existence de mécanismes séparés et parallèles pour le financement des deux programmes et la faible attribution des fonds pour le PF (50 fois moins que pour le VIH)¹⁷.

– Résistance politique des principaux financeurs et décideurs politiques dans le domaine du VIH/sida à l'intégration de la SRH comme composante importante dans les programmes contre le VIH.

Les obstacles opérationnels

– Focalisation étroite des programmes de PTME actuels sur le traitement des femmes séropositives pour le VIH déjà enceintes.

– Faible disponibilité des intrants PF dans les services de PTME.

– Lacunes des bases d'éléments factuels relatives aux approches efficaces pour l'intégration des services de SRH et des services liés au VIH.

– Ressources humaines limitées en nombre et incapables de fournir un paquet global de soins comprenant le PF et le VIH par manque de formation.

Les obstacles individuels

Les PVVIH ont des besoins spécifiques en matière de contraception dont il faut tenir compte avant de prescrire un contraceptif. Les questions suivantes devront être posées:

– *La méthode contraceptive préconisée est-elle accessible et disponible à long terme?*

Les besoins non couverts des PVVIH en

Recommandations : comment améliorer l'accès à la PF dans les programmes de PTME :

Les recommandations pour intégrer les services de PF et de PTME énumérées ci-dessous sont la synthèse des conclusions des différentes études présentées à la 16^{ème} ICASA et relatées dans cet article. Elles rejoignent en grande partie celles élaborées en 2009 par les partenaires des programmes SSG et VIH²⁵ :

- Prôner et appuyer l'établissement de liens entre le PF et le VIH au niveau des politiques, des systèmes et des services
- Réaliser un plaidoyer fort pour un investissement des bailleurs internationaux dans les activités intégrées de SSR et de VIH
- Réviser les directives et les guidelines pour mettre en avant le rôle du PF dans les services liés au VIH
- Prévoir une ligne budgétaire pour le PF dans le budget national VIH
- Adapter les systèmes de M&E pour intégrer les indicateurs de PF dans ceux du VIH

– Etablir des mécanismes pour permettre l'intégration du PF sans réduire la qualité des services liés au VIH. Dans le cas échéant, assurer une collaboration entre les services pour une référence adéquate

- Renforcer les compétences des acteurs de santé dans les deux domaines et notamment la double protection, les spécificités des IST chez les PvVIH, les interactions entre ARV et contraceptifs hormonaux, etc.
- Assurer un approvisionnement régulier des intrants en PF, IST et VIH²⁶
- Intégrer les partenaires dans les activités de PF et de VIH
- Avoir recours à la communauté et particulièrement aux patients experts (délégation des tâches)
- Promouvoir l'évaluation et la diffusion des expériences réussies et des bonnes pratiques ■

Les études les plus récentes sont contradictoires à ce sujet. Deux études (Heffron et al. 2009 et Wand et al. 2012 : 2 études prospectives de cohorte sur 3790 couples discordants et 2236 femmes séronégatives respectivement) montrent que les contraceptifs hormonaux, injectables notamment, pourraient entraîner un risque accru d'acquisition et de transmission du VIH et d'autres IST, alors qu'une autre (Morrison et al 2012 : étude de cohorte prospective portant sur 5567 femmes séronégatives) ne montre aucun risque significatif d'acquérir le VIH en cas d'utilisation de contraceptifs hormonaux. Les résultats de ces études sont cependant à relativiser puisqu'il s'agit d'études observationnelles et qu'elles comportent plusieurs biais de sélection.

– *Quelle est l'efficacité de cette méthode pour prévenir la grossesse ? et la transmission du VIH ?*

Les décisions quant au choix des contraceptifs à utiliser doivent reposer sur la prévention de l'infection à VIH et des IST combinée à la prévention des grossesses non désirées. La double protection, constituée d'une méthode faisant barrière (préservatif) et d'un contraceptif plus efficace, permet cette double prévention. C'est aussi la conclusion de la consultation technique de l'OMS.

– *Sera-t-il facile pour la patiente d'intégrer cette méthode dans son style de vie ?*

La réponse à cette question est multiple. En consultation, différents aspects doivent être considérés pour choisir au mieux une méthode : mode de vie de la patiente, connaissance de son statut par le partenaire et la famille, existence de pressions sociales, culturelles et religieuses, désir d'enfants, croyances sur les contraceptifs. Une étude du Zimbabwe ayant fait l'objet d'un poster à l'ICASA²⁰ a montré que malgré la disponibilité des contraceptifs à durée prolongée mais non définitifs (LARCs), les femmes séropositives (n=21) ne souhaitaient pas l'utiliser en postnatal. Les raisons invoquées par ces femmes et par 20 prestataires de services PTME étaient : la croyance que les LARCs entraînaient une baisse de la fertilité, voire une infertilité, la pression du partenaire et de

PF résultent en grande partie d'une faible accessibilité au planning familial. Les résultats d'une étude ougandaise présentée oralement à l'ICASA¹⁸ illustrent bien ce fait : parmi 1142 PvVIH interrogés, plus de 80% connaissaient leurs droits en tant que PvVIH de recevoir le planning familial, mais seuls 13% d'entre eux disaient avoir accès à un conseil en PF. 32% d'entre eux avaient des besoins non couverts en PF. Seuls 10% étaient sous double protection. Parmi les répondants, 43% de ceux qui avaient eu un enfant depuis l'annonce de leur séropositivité n'avaient pas planifié leur dernière/actuelle grossesse.

– *La méthode contraceptive choisie va-t-elle interagir avec les antirétroviraux ou les autres médicaments prescrits ?*

On sait aujourd'hui que les contraceptifs hormonaux (pilule combinée, contraceptifs injectables à base d'acétate de medroxy-progestérone) présentent des interactions avec certains ARV (notamment l'éthinylestradiol contenu dans les pilules oestroprogestatives et les INNTI et IP) et aussi, dans certaines études, un

sur-risque de contamination par le VIH. Les autres méthodes possibles, notamment les stérilets ou au lévonorgestrel sont considérés comme sûrs (recommandations OMS 2006) et semblent donc être une option intéressante chez les femmes séropositives, en l'absence de situation à risque d'IST.

Par ailleurs, une étude de cohorte prospective (poster du Kenya¹⁹ présenté à l'ICASA) a suivi pendant 12 mois 34 femmes sous ARV de 1^{ère} ligne depuis au moins 6 mois et ayant un implant au levonorgestrel parallèlement à un nombre similaire de femmes « contrôles » (sans contraceptif) présentant les mêmes caractéristiques en termes de durée sous ARV et de taux de CD4. Les deux groupes ont montré une évolution des CD4 et un nombre d'épisodes d'infections opportunistes similaires. Aucune grossesse n'a été vécue parmi les femmes sous contraception.

– *La méthode contraceptive choisie entraîne-t-elle un risque de transmettre le VIH au(x) partenaire(s) séronégatif(s) ?*

la famille pour avoir d'autres enfants ainsi que les croyances religieuses.

Malheureusement les agents de santé manquent souvent de connaissances et de temps pour aborder tous ces sujets. Le choix de la méthode se fait alors dans le non-respect des droits de la patiente, ce qui peut entraîner de nombreuses conséquences²¹. A l'extrême, des cas de stérilisation abusive sont fréquemment relatés (> 10% des femmes séropositives africaines selon un poster de la communauté internationale des femmes vivant avec le VIH)²².

– *La méthode contraceptive choisie est-elle sans danger?*

Le taux d'effets secondaires dus aux contraceptives hormonaux n'est pas différent de ceux survenant chez une femme séronégative. Cependant l'infection à VIH, les ARV et la contraception hormonale peuvent avoir un certain nombre d'effets secondaires en commun, qui en aggravent les conséquences chez la femme VIH+ (anémie, effets sur la densité osseuse, élévation des lipides, nausées)²³

– *La méthode contraceptive choisie est-elle accessible financièrement pour la patiente?*

Le coût des contraceptifs est très variable et dépend de nombreux facteurs tels que le type de contraceptif ou les subventions disponibles pour réduire le coût des « clients ». C'est en tout cas un des facteurs limitant l'utilisation des contraceptifs. Un poster présenté par le FNUAP²⁴ à l'ICASA montre que même les préservatifs sont difficilement accessibles en Afrique de l'Ouest et du Centre, les coûts (entre autre) restant un obstacle prépondérant. Selon cette étude, la plupart des gouvernements ne contribuent pas suffisamment au financement de l'achat de produits de santé reproductive pour répondre aux besoins de leurs populations. □

1 - WHO (2011) Global HIV/AIDS response: Epidemic update and health sector progress towards universal access. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502986_eng.pdf

2 - Luo C. -UNICEF (2011): Where is Africa in PMTCT? Successes, Challenges and MTCT elimination. 16^{ème} ICASA, Addis Abeba Ethiopia TUPLo3

3 - ONUSIDA (2011) Global plan towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive 2011-2015

http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110609_JC2137_Global-Plan-Elimination-HIV-Children_en.pdf

4 - Tembo G. -FNUAP (2011): PMTCT Prongs 1 & 2 and the repositioning of Family Planning, 16^{ème} ICASA, Addis Abeba Ethiopia TULNADS16

5 - Mahy M. et al. (2010) What will it take to achieve virtual elimination of MTCT of HIV? An assessment of current progress and future needs Sex Transm Infect; 86 (Suppl 2)

6 - Petruney et al. (2010) Increasing support for contraceptive as HIV prevention: stakeholder mapping to identify influential individuals and their perceptions. Plos one; 5

7 - Reynolds HW et al. (2005) Contraception's proved potential to fight HIV. Sex Transm Inf; 81: 184-5

8 - Rongou J.B. (2011) Overview of the SRH and HIV Linkage 16^{ème} ICASA, Addis Abeba Ethiopia TULNADS16

9 -Contraception to prevent HIV-positive births: current contribution and potential cost savings in PEPFAR countries.

10 -Chatakula et al (2011) Cost, effectiveness and savings : human resources and institutionnal strengthening to enhance cost-effectiveness 16^{ème} ICASA, Addis Abeba Ethiopia TUPE177

11 - Conférence "population, développement et planification familiale en Afrique de l'Ouest francophone: l'urgence d'agir"

12 - Acio, JF. Et al (2011) Enhancing positive prevention among HIV sero-discordant and concordant couples through reproductive health: the Star-E experience 16^{ème} ICASA, Addis Abeba Ethiopia TUAD1001

13 - Mugurungi O. et al. (2011) Zimbabwe country experience on SRH and HIV linkages / Integration leverage by CARMMA (Campaign for Accelerated Reduction of Maternal Mortality in Africa)16^{ème} ICASA, Addis Abeba Ethiopia TULNADS16

14 - Okoboy, S. et al. (2011) Increasing Uptake of Family Planning Services for Persons Living with HIV/AIDS through Provider Initiated Counseling

(PIC). A Case of TASO, Uganda 16^{ème} ICASA, Addis Abeba TUAD1003

15 - Lusti-Narasimhan M. et al (2009) Sexual and reproductive health in HIV-related proposals supported by the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria Bull World Health Organ ;87:816–823

16 - Nwachukwu C. (2011) Global Fund and reproductive health/ HIV integration 16^{ème} ICASA, Addis Abeba Ethiopia TUPE178

17 - Wilcher R. et al. (2009) Reproductive choices for women with HIV Bull World Health Organ ; 87: 833-839

18 - Kansime, A. et al. (2011) Knowledge of sexual and reproductive rights and acting on choices among people living with HIV and AIDS in Uganda 16^{ème} ICASA, Addis Abeba Ethiopia TUAD1005

19 - Hubacher D. et al. (2011) Concomitant use of antiretroviral therapies and a levonorgestrel subdermal implant for contraception : prospective cohort study to monitor changes in CD4 counts 16^{ème} ICASA, Addis Abeba Ethiopia TUPE174

20 - Moyo P. et al. Factors Perceived to Affect Uptake of Long Acting Reversible Contraceptives(LARCs) among HIV Positive Women : Qualitative Findings from a Feasibility Study Conducted in Zimbabwe 16^{ème} ICASA, Addis Abeba Ethiopia TUPE172

21 - Nyatsi A. (2011) Family planning and women living with HIV in Swaziland 16^{ème} ICASA, Addis Abeba Ethiopia Satellite session TUSAT25

22 - Mworeko L. (2011) Listen to Us! Building a Political Voice for Women Living with HIV & AIDS in East and Southern Africa 16^{ème} ICASA, Addis Abeba Ethiopia TUPE181

23 - WHO (2007) Review of priorities in research – Hormonal contraceptions, IUD and HIV infection - Report of a technical meeting - Geneva

24 - Yelibi S. et al. (2011) Accès et Utilisation des Préservatifs en Afrique de l'Ouest et du Centre (AOC) : Quels Facteurs Affectent le Choix, l'Accès et l'Utilisation 16^{ème} ICASA, Addis Abeba Ethiopia TUPE189

25 - IPPF, UNFPA, WHO, UNAIDS, GNP+, ICW & Young Positives (2009) Rapid Assessment Tool for Sexual and Reproductive Health and HIV Linkages: A Generic Guide. http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/91825_eng.pdf

26 - Une liste des médicaments essentiels pour la santé génésique est disponible au lien suivant http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO_PSM_PAR_2006.1_fre.pdf