

# Sud : des passerelles entre planning familial et VIH

***Instaurer des passerelles entre la santé de la reproduction et la prise en charge du VIH s'impose comme un bénéfice certain, notamment pour les femmes vivant en Afrique. Différentes initiatives portées localement ou par l'aide internationale le démontrent. Reste à convaincre les politiques.***

« *Quand prévoir une grossesse en limitant les risques pour l'enfant et pour moi? Mon partenaire est séronégatif, comment gérer mon désir d'enfant avec lui? Comment espacer mes prochaines grossesses après plusieurs menées à terme?* » Autant de questions primordiales qu'une femme séropositive vivant au Sud peut se poser aujourd'hui grâce aux traitements. Mais obtiendra-t-elle des réponses? L'intégration du planning familial (PF) au sein de programmes « VIH » est demandée par les personnes séropositives. Cette intégration est reconnue nécessaire et urgente par les équipes soignantes et la scène internationale. En Afrique, notamment, où vivent la majorité des femmes vivant avec le VIH, le PF et les contraceptifs existent, principalement au sein de centres de santé générale ou maternelle. Mais

pour une femme séropositive, il reste difficile de demander une contraception dans un site inconnu où elle devra révéler son statut, avec les risques de discrimination que cela suppose. C'est pourquoi le Mouvement français pour le planning familial<sup>1</sup> et l'Onusida appellent au développement de ponts entre VIH et santé sexuelle et reproductive. Le nécessaire décloisonnement a commencé dans plusieurs pays, mais il est lent et inégal d'un État à l'autre. Cela dépend notamment de la volonté politique, des ressources humaines et financières, et du contexte culturel. La rapidité de mise en place est essentiellement liée aux moyens financiers mis à la disposition des structures de santé. Les soutiens conséquents viennent aujourd'hui de partenaires américains (Pepfar, Fondation Clinton, Family Health Foundation, John Snow Inc.,...). Lors de la Conférence de l'IAS, organisée à Rome en juillet dernier, la majorité des présentations sur le couplage des services VIH et PF concernaient des pays d'Afrique anglophone (Ouganda, Kenya, Tanzanie, Malawi, Nigeria,...).

## En chiffres

La moitié des personnes vivant avec le VIH dans le monde sont des femmes et 76 % d'entre elles vivent en Afrique subsaharienne. Chaque année, 16 millions de femmes âgées de 15 à 19 ans donnent naissance à un enfant, dont la majorité en Afrique subsaharienne. En parallèle, 2,5 millions de femmes de cette tranche d'âge avortent dans des conditions à risque<sup>1</sup> (taux d'avortement moyen estimé 39/1000 femmes de 15-44 ans en Afrique orientale, pour comparaison le taux en Suisse est de 6,5/1000<sup>1</sup>). Une récente revue de l'OMS<sup>1</sup> relève que 20 % des décès maternels en Afrique subsaharienne sont liés au VIH et que les femmes séropositives sont davantage soumises à des pressions pour avorter ou être stérilisées.

<sup>1</sup> *Les femmes et la santé – La réalité d'aujourd'hui, le programme de demain*, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2009 ([www.who.int](http://www.who.int)).

**Financements.** Les États sont souvent impliqués sur le plan organisationnel et parfois financier, facteur clé pour une bonne acceptation des projets dans les structures publiques et un développement efficace et durable des actions pilotes initiées. L'exemple du Burundi l'illustre bien : le « simple » décloisonnement des programmes nationaux de santé de la reproduction (PNSR) et de lutte contre le sida (PNLS) début 2011 a permis aux sites de prise en charge VIH de disposer de contraceptifs gratuitement. Ce rapprochement a été impulsé par le Fonds des Nations unies pour la population (Fnuap), qui a joué le rôle crucial de catalyseur et d'interface entre les institutions publiques et les sites de prise en charge. Le Dr Janvière Nzorijana, coordinatrice médicale à la Swaa Bujumbura, explique qu'après seulement sept mois de partenariat, la collaboration est excellente. La file active de l'association est de 1 520 personnes, dont une majorité de femmes. La formation des équipes par le PNSR et la sensibilisation des femmes et de leurs partenaires,



sollicités deux ou trois fois par semaine dans la salle d'attente de la Swaa, sont des étapes clés d'un processus qui doit être initié en douceur. « *Nous étions un peu inquiets, car nous ne maîtrisons pas les interactions entre contraceptifs et ARV*, explique le Dr Nzorijana. *Nous ne proposons donc pour le moment que les contraceptifs oraux et injectables. Si cela fonctionne bien, nous élargirons aux implants et aux stérilets, après avoir formé notre équipe à les poser.* »

Du côté de l'Afrique francophone, surtout soutenue par le Fonds mondial sur le volet « VIH », les appuis financiers pour le PF sont moindres et peu de projets d'envergure sont rapportés. Ce qui n'empêche pas des initiatives locales de démarrer, souvent sur fonds propres ou avec le soutien de bailleurs de fonds privés. Depuis 2010, Sidaction contribue au volet « PF » de l'association Aides médicales charité (AMC) au Togo, comprenant le poste d'un médecin référent PF, les vacances d'un gynécologue et l'achat de contraceptifs. De plus, le coordonateur médical d'AMC, salarié sur le projet « VIH » du Fonds mondial, a organisé sa consultation de façon à suivre les personnes individuellement ou en couple. Ce qui permet d'initier une discussion sur le désir d'enfant et la santé sexuelle sans surcoût. L'association, basée à Lomé, propose une prise en charge globale aux personnes infectées par le VIH. Concrètement, cela inclut dépistage, consultations et soins infirmiers, traitements, bilans biologiques et accompagnement psychosocial. Ce « paquet » de services, qui n'intègre ni suivi gynécologique, ni conseils en planification familiale, ni accès aux contraceptifs, correspond à

ce que le PNLS peut soutenir avec les financements du Fonds mondial pour le VIH. Or le Dr Hessou, en charge du volet « PF » à AMC, explique que chaque semaine une centaine de femmes vues en consultation expriment une demande de cet ordre. Plus rarement, des femmes viennent aussi pour des complications après un avortement (illégal au Togo, donc clandestin). C'est pourquoi AMC a décidé, avec une aide privée, de compléter ses services.

Pour d'autres, la question du financement et la difficulté à ouvrir la brèche entre VIH et santé de la reproduction limitent l'action. C'est le cas de l'association Alavi à Ouagadougou (Burkina Faso), régulièrement confrontée aux besoins en contraceptifs de ses patientes et qui a la chance de compter dans son équipe une gestionnaire de pharmacie formée au conseil en PF et très motivée pour mettre ses connaissances au service de l'association. Mais il n'a pas encore été possible d'obtenir les autorisations nécessaires afin de proposer ces conseils ni de disposer de contraceptifs gratuits ou à bas prix. Et ce, malgré une demande adressée au gouvernement en janvier 2011 par les coordonnatrices du projet « Réduction des risques sexuels » du MFPF au Burkina Faso.

**Résultats.** Les retours d'expériences sont extrêmement variés (en termes de nombre de personnes ciblées et de modalités de services), mais toujours positifs. Deux principaux modèles d'intervention existent : intégrer une prise en charge VIH à des services de santé reproductive ou, inversement, se baser sur des sites de prise en charge VIH et y connecter un service de PF.

La première approche, bien illustrée par une enquête de Médecins sans frontières (MSF)<sup>2</sup> sur un projet mené dans un district de 600 000 habitants au Malawi, montre que les femmes enceintes ont eu davantage recours aux services médicaux avant (cinq fois plus), pendant et après (trois fois plus) leur accouchement. Le nombre de consultations en PF et de traitements anti-IST dispensés ont doublé. MSF rapporte aussi des effets positifs structurels liés aux financements dédiés au VIH, bénéfiques à l'ensemble des secteurs des structures de santé (amélioration des infrastructures, de la formation, de la gestion des médicaments et moins de rotation du personnel).

Le modèle inverse montre également ses bénéfices dans plusieurs études, comme celle de Family Health International (FHI)<sup>3</sup> sur douze cliniques ARV suivant 622 femmes en Tanzanie, où un référencement et un accompagnement à la demande vers un service externe de PF a été proposé. Résultats : un recours accru aux contraceptifs oraux et injectables et aux préservatifs, et une « double protection » (préservatifs et contraceptif) plus fréquente. Une autre expérience, rapportée par une clinique sui-

vant 6 000 personnes infectées par le VIH au Malawi<sup>4</sup>, a testé l'intégration de conseils en PF et la dispensation de contraceptifs au sein de la clinique. Après quatre mois d'essai, l'équipe est formée, des supports d'information sont mis à la disposition des patientes (lire ci-dessous) et 2 800 femmes ont assisté aux sessions quotidiennes d'information en santé reproductive. Parmi elles, 279 ont démarré une contraception. À plus petite échelle, la Swaa Bujumbura compte 46 femmes ayant débuté une contraception (complétée par le préservatif pour prévenir les IST) après sept mois de PF au sein de l'association. Quand à AMC, sur les 873 personnes suivies, 74 ont adopté le suivi en couple en l'espace de dix mois ; les conjoints masculins viennent plus facilement au centre et le dialogue à propos de la planification de grossesses est facilité. Les prémices d'une mobilisation accrue de l'Afrique de l'Ouest sur ce sujet ?

Face à une demande croissante, alors que de nombreuses expériences de terrain montrent l'utilité de rapprocher planification familiale et prise en charge du VIH, il est l'heure d'appliquer ce qui marche partout où cela est nécessaire. Le coût-efficacité des interventions testées ainsi que la potentialisation entre services VIH et santé reproductive lorsqu'ils sont associés seront des arguments utiles à intégrer aux requêtes adressées par les pays au Fonds mondial et autres bailleurs internationaux. Ces données devraient aussi aider à plaider pour un appui de l'État. « À Lomé, nous sommes la première association à nous y mettre. Il faut commencer avec nos propres moyens et démontrer au programme national de lutte contre le sida que cela est faisable et que cela fonctionne. Nous pourrions alors peut-être intégrer le *planning familial* dans le paquet "prise en charge VIH" », espère le D<sup>r</sup> Hessou. ●

## ARV et contraceptifs : quelles interactions ?

Premier point rassurant : les contraceptifs n'ont aucun effet sur l'efficacité des ARV. Il n'y a aucun risque de sur ou sous-dosage d'ARV lorsqu'une pilule orale ou un autre contraceptif y est associé. En revanche, l'inverse n'est pas vrai : les pilules contraceptives orales sont métabolisées par le foie, comme de nombreux ARV, et il existe un risque de diminution de leur effet contraceptif lorsqu'elles sont associées à des ARV inducteurs enzymatiques (c'est-à-dire qu'ils accélèrent la métabolisation par le foie des autres médicaments). C'est le cas de l'efavirenz, l'etravirine, du lopinavir, du nelfinavir, de la névirapine et du ritonavir. Une femme qui prend un de ces ARV aura intérêt à opter pour un contraceptif non métabolisé par le foie, donc présenté sous forme injectable ou d'implant ou un stérilet.

Le second risque à prendre en compte est l'addition des effets indésirables des ARV et des contraceptifs, principalement le risque d'hyperglycémie ou d'hyperlipidémie. Il conviendra donc de bien lire les notices et d'en discuter avec un médecin afin d'éviter d'associer deux traitements ayant des effets secondaires communs.

<sup>1</sup> [www.planning-familial.org](http://www.planning-familial.org).

<sup>2</sup> T. van den Akker et al., "Constructive integration: changes in uptake and outcomes of general reproductive health services during the scaling up of ART and PMTCT in Thyolo district, Malawi", Conférence IAS 2011, abstract TUPE475.

<sup>3</sup> M. S. Green et al., "Using facilitated referrals to integrate family planning into HIV care and treatment clinics in Tanzania", Conférence IAS 2011, abstract WEAX0202.

<sup>4</sup> L. Haddad, "Successful Integration of family planning into HIV care in Lilongwe, Malawi", Conférence IAS 2011, abstract CDD235.

### Pour aller plus loin

Les outils et les supports d'informations disponibles sur Internet se multiplient (disponibles essentiellement en anglais).

On retiendra :

- La boîte à outils de FHI, ciblant l'accès aux contraceptifs pour les personnes vivant avec le VIH : *Boîte à outils pour un meilleur accès aux contraceptifs pour les personnes infectées par le VIH* sur [www.fhi.org](http://www.fhi.org) (en anglais) ;
- Le guide d'implantation d'un programme de santé sexuelle du Fnuap : *Planning and Implementing an Essential Package of Sexual and Reproductive Health Services. Guidance for Integrating Family Planning and STI/RTI with other Reproductive Health and Primary Health Services* (octobre 2010) sur [www.unfpa.org](http://www.unfpa.org) ;
- La brochure de capitalisation du programme de réduction des risques sexuels en Afrique, récemment mise en ligne par le MFPP sur [www.planning-familial.org](http://www.planning-familial.org) (en français).



## Quels contraceptifs au Sud ?

**Formes orales** : pilules œstroprogestatives ou progestatives génériques, similaires à celles disponibles en France, mais avec une gamme de dosages plus réduite (les mini et normodosées sont disponibles, les microdosées parfois mieux tolérées sont plus rares). À prendre quotidiennement. Un mois de traitement coûte 120 francs CFA (0,18 euro) dans les centres de santé publics au Togo.

La « pilule du lendemain » (Norlevo®) est une pilule progestative orale fortement dosée. Elle est également disponible au Sud, gratuitement dans certains centres.

**Forme injectable** (Depo-Provera®, Noristerat®,...) : contraceptif progestatif à injecter chaque trimestre. Une dose coûte 200 francs CFA (0,30 euro) dans les centres de santé publics au Togo. Selon une étude publiée dans le *Lancet Infectious Diseases* en octobre dernier, les femmes recourant aux injections hormonales auraient deux fois plus de risque d'être infectées par le VIH ou de transmettre le virus à leurs partenaires masculins. La plupart des femmes ayant participé à l'étude (menée auprès de 3 790 couples hétérosexuels) utilisaient du Depo-Provera®. Il est particulièrement recommandé de combiner contraception hormonale et préservatif.

**Forme implant sous-cutané** (Implanon®, Jadelle®) : contraceptif progestatif à insérer sous la peau du bras et

efficace pendant trois ans. Il est vendu par les fournisseurs internationaux au prix approximatif de 270 euros (soit 7,5 euros par mois de traitement). Au Sud, il est parfois proposé gratuitement (dans certains services de gynécologie, centres de PF ou ONG) ou à prix réduit (2500 francs CFA soit 4,5 euros dans les centres de santé publics au Togo).

**Stérilet** ou « dispositif intra-utérin » : contraceptif « mécanique » en cuivre ou en plastique recouvert de progestatif, inséré dans l'utérus et efficace pendant trois à cinq ans. Il coûte 150 francs CFA (0,10 euro) dans les centres de santé publics au Togo, auxquels il faut ajouter les frais de pose et de suivi.

Les deux dernières méthodes (implant et stérilet) apparaissent très adaptées pour une grande partie des femmes au Sud, car elles sont économiques, efficaces durablement et ne nécessitent qu'une consultation médicale pour la pose du dispositif. Elles conviennent bien aux femmes qui ont déjà eu plusieurs enfants et qui vivent à distance des centres de santé.

Les autres méthodes, efficaces à moyen et à court terme, conviennent mieux aux patientes plus jeunes, souhaitant avoir des enfants et ayant accès à un centre de santé facilement.