

Intégration de la prévention et de la prise en charge des IST au planning familial et aux soins prénatals en Afrique subsaharienne—Que faut-il savoir de plus?

Par Ian Askew et
Ndugga Baker
Maggwa

Ian Askew est associé senior au programme et directeur adjoint pour l'Afrique, *Frontiers in Reproductive Health Program*, Population Council, Nairobi, Kenya. Ndugga Baker Maggwa est directeur régional pour l'Est et le Sud de l'Afrique, *Population and Reproductive Health Program*, Family Health International, Nairobi, Kenya; au moment de la préparation de cet article, il était associé au programme *Frontiers in Reproductive Health*.

CONTEXTE: La haute prévalence des infections sexuellement transmissibles (IST) et leur rôle dans la transmission du VIH ont placé l'intégration de la prévention et de la gestion des IST dans les programmes existants de planning familial et de santé de la grossesse parmi les objectifs des pays les plus démunis, en Afrique subsaharienne surtout. La meilleure configuration des services intégrés n'est cependant guère documentée, pas plus que leur impact sur la prévention des infections et des grossesses non désirées.

MÉTHODES: La documentation existante est passée en revue afin d'établir ce que l'on sait ou non de l'intégration et de déterminer les priorités de la recherche.

RÉSULTATS: La faisabilité et l'efficacité de stratégies axées sur l'ajout de services de prévention des IST ou d'activités de détection et de traitement sont incertaines. Il existe un besoin pressant de recherche à trois niveaux: 1) l'élaboration et l'essai de stratégies qui, plutôt que l'ajout d'activités IST aux programmes de planning familial et de santé de la grossesse existants, chercheraient à réorienter les buts des consultations de routine vers la protection contre le double risque de la grossesse non désirée et de l'infection, et vers la participation des clientes à la décision de l'issue de la visite; 2) l'élaboration et l'essai de stratégies aptes à atteindre les partenaires masculins et à faciliter l'accès des adolescents aux services de santé sexuelle et génésique; et 3) la réalisation d'études prospectives, de préférence randomisées, en vue de l'essai et de la comparaison de l'impact d'autres stratégies de l'intégration sur les indicateurs démographiques de comportement et de santé.

CONCLUSION: Les stratégies de l'intégration des services doivent faire l'objet d'essais rigoureux aptes à assurer leur faisabilité et leur efficacité avant la mise en œuvre.

Perspectives Internationales sur le Planning Familial, numéro spécial de 2002, pp. 12–22

La manière dont les prestations de santé génésique sont offertes, ou du moins celle recommandée au niveau politique, fait l'objet depuis quelques années de sérieuses restructurations. Pour la plupart, les révisions se concentrent sur la réorganisation de la configuration des services, les modèles suscitant le plus d'intérêt étant ceux qui intègrent les aspects de prévention, détection et prise en charge des IST et du VIH au planning familial et aux consultations prénatales. Plusieurs raisons justifient cette approche dans la région subsaharienne.¹

Les infections de l'appareil génital (IAG), celles transmises sexuellement surtout (IST), continuent de poser un problème de santé publique grave en Afrique subsaharienne. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) y estime en effet à 12% la proportion de la population de 15 à 49 ans atteinte d'une IST curable.² La prévention et la prise en charge des IST sont non seulement importantes en soi au maintien de la santé publique, mais aussi parce que la présence de certaines IST favorise la transmission sexuelle du VIH et que la prise en charge des IST s'est avérée efficace dans la lutte contre cette transmission. Cela sans compter que le Programme d'action de la Conférence internationale de 1994 sur la population et le développement (CIPD) avait souligné l'importance de la réorientation des systèmes de santé

afin de permettre aux femmes de bénéficier de services de santé génésique complets et de qualité. Enfin, la configuration de services offerts conjointement plutôt que séparément est perçue comme pouvant engendrer des répercussions financières favorables sur les systèmes de santé.

La clientèle des programmes du secteur public offrant des services de soins de santé maternelle et infantile et de planning familial se compose presque exclusivement d'utilisatrices du planning familial, de femmes enceintes et de jeunes mères—soit des femmes généralement mariées et considérées comme présentant un faible risque d'IST. Les données de diverses sources³ indiquent que dans certaines populations, 2 à 7% des femmes enceintes et des utilisatrices du planning familial sont atteintes de gonorrhée cervicale, chlamydia ou syphilis. Par ailleurs, la trichomonase, une infection vaginale à transmission sexuelle, a été diagnostiquée chez 4 à 34% de ces femmes. (Les infections vaginales non transmises sexuellement, telles que candidose et vaginose bactérienne, sont également courantes chez ces femmes—8 à 38%—mais présentent généralement moins de risques pour la femme et son fœtus ou nouveau-né.) Enfin, dans plusieurs zones de la région, 25 à 30% des femmes enceintes sont atteintes du VIH.⁴ Ces données indiquent que beaucoup des femmes desservies par les programmes de santé

maternelle et infantile et de planning familial ne devraient plus être considérées comme présentant un risque faible et que les efforts visant à les atteindre à travers ces programmes se justifient désormais au niveau de la santé publique. Cet article se concentre sur les programmes du secteur public, principale source de services de planning familial et prénataux en Afrique subsaharienne.

Une étude effectuée en Ouganda a révélé que les hommes étaient deux fois plus susceptibles que les femmes d'introduire le VIH dans une relation matrimoniale,⁵ soulignant que le risque d'infection au VIH et d'autres IST chez les femmes mariées—qui représentent la majorité des clientes des programmes de santé maternelle et infantile et de planning familial dans cette région—est plus vraisemblablement imputable au comportement des maris qu'au leur. Ces programmes doivent par conséquent simultanément aider les femmes à se protéger contre ces infections, détecter et prendre en charge les infections parmi les femmes clientes, et assister les femmes dans la prévention de grossesses non planifiées ou l'aboutissement heureux de conceptions désirées.

L'intégration de services dans le double but d'améliorer la santé individuelle des femmes et des enfants et de lutter contre la transmission du VIH et d'autres IST au sein de la population au sens plus large ne sera toutefois peut-être pas efficace, car pratiquement aucun des groupes présentant le risque le plus élevé de contraction et de transmission d'IST et du VIH (hommes de tous âges, femmes célibataires sexuellement actives et travailleuses de l'industrie du sexe) n'est généralement concerné par les programmes conventionnels de planning familial et de santé maternelle et infantile. La reconnaissance de cette dynamique épidémiologique est à la base des arguments en faveur de ressources accrues devant permettre aux programmes de santé maternelle et infantile et de planning familial d'atteindre les «grands transmetteurs» en général, et les hommes en particulier.⁶

Étant donné la situation, que peuvent et que doivent faire les programmes publics de planning familial et services prénatals et postnatals pour offrir à leur clientèle tant des services de prévention que de prise en charge des IST curables? Malgré l'intensité de l'effort déployé en faveur de l'intégration de ces services, y compris par la rhétorique politique, l'allocation de ressources substantielles à la formation et la production de «guides pratiques»,⁷ les données empiriques de faisabilité, d'efficacité et de rentabilité de leur combinaison demeurent remarquablement rares. La plupart des efforts d'intégration ne se basent en effet pas sur des données issues de la recherche ou confirmées par elle. Elles dérivent plutôt d'une intuition mêlée d'expérience, et d'une idéologie dont les facettes sont multiples et dont l'effet compromet inévitablement plusieurs objectifs de santé génésique.⁸ Bien que l'urgence de la réponse à l'épidémie du VIH justifie certes que l'intuition et l'expertise aient été à la base des premiers efforts d'intégration, le corps de la connaissance scientifique relative à l'intégration n'a cependant pas suivi les efforts programmatiques de sa mise en œuvre.

Un exemple clair de la manière dont la conception intuitive de services intégrés peut s'avérer inappropriée s'est révélé dans la promotion, le financement et la mise en œuvre de stratégies de renforcement de la capacité des infirmières en cliniques à utiliser les symptômes et les signes des IST pour diagnostiquer et prendre en charge les IST parmi leurs clientes du planning familial et des services de consultation prénatale. La réalité empirique indique largement aujourd'hui que la gestion syndromique du symptôme le plus souvent observé (leucorrhée) est inutile à la gestion des infections cervicales telles que gonorrhée et chlamydia chez les clientes du planning familial et des consultations prénatales.⁹ L'approche syndromique n'identifie et ne gère en fait pas adéquatement une proportion substantielle des femmes atteintes d'une infection cervicale (elle présente donc une faible sensibilité), et elle identifie de nombreuses femmes comme étant infectées alors qu'elles ne le sont pas (elle présente donc une faible valeur prédictive positive). Cette dernière faiblesse est particulièrement inquiétante du fait que le traitement d'une femme non infectée mais présentant un écoulement vaginal crée une dépense inutile et favorise le risque de résistance au médicament. Cela sans compter qu'un diagnostic faussement positif risque de soumettre la femme aux abus de son partenaire.

On citera, parmi les tentatives d'amélioration des résultats de la gestion syndromique de la leucorrhée, les recommandations d'utilisation d'algorithmes tenant compte des données épidémiologiques locales et l'usage d'outils d'évaluation du risque, par examen physique et vaginal. L'Afrique subsaharienne ne dispose toutefois guère de données épidémiologiques locales fiables pour la population générale, et le recours aux outils d'évaluation du risque n'ont pas amélioré substantiellement les choses. L'examen vaginal (y compris au spéculum) des femmes faisant spontanément état de symptômes d'IST améliore quelque peu l'efficacité de l'approche syndromique. De nombreuses femmes atteintes d'IST, et de nombreuses autres non infectées, n'en demeurent pas moins erronément diagnostiquées, dans un sens ou dans l'autre. Au Zimbabwe, par exemple, l'examen des femmes qui avaient déclaré spontanément un écoulement vaginal n'a permis d'identifier que la moitié des femmes atteintes d'infections cervicales, alors que plus d'un tiers de celles non infectées étaient diagnostiquées erronément.¹⁰

Bien que l'approche syndromique ne soit pas particulièrement efficace non plus dans la gestion des infections vaginales non sexuellement transmises,¹¹ l'opinion favorise actuellement la gestion syndromique de la leucorrhée comme signe d'infection vaginale, avec traitement ultérieur d'infection cervicale si les symptômes persistent.¹² Étant donné l'efficacité reconnue de la gestion syndromique des écoulements urétraux chez l'homme et des ulcères génitaux pour les deux sexes, et compte tenu aussi de la difficulté d'accès aux ressources nécessaires au diagnostic en laboratoire, la gestion syndromique demeure l'approche

*Cet article ne couvre pas les questions d'intégration des services de prévention et de gestion du VIH à ceux des soins d'hygiène de la grossesse en raison de leur complexité unique.

recommandée à l'égard de ces symptômes dans les contextes démunis.

Le processus décisionnel, en ce qui concerne les services de santé génésique, s'appuie de plus en plus sur des données factuelles, bien que la «base factuelle» reste malheureusement encore fort limitée.¹³ Les efforts d'intégration sont pour la plupart toujours entrepris sans composant d'évaluation ni fondement expérimental, de sorte que les leçons relatives aux «meilleures» pratiques ne sont ni documentées, ni disséminées. S'il est un aspect des soins de santé génésique qui bénéficierait d'un plus grand recours à la recherche opérationnelle en termes d'essais-pilote et d'évaluation systématique de la faisabilité, de l'efficacité et du coût d'autres configurations de services possibles, il s'agit bien de celui-ci.

La rareté des données factuelles est compréhensible. D'abord, les services intégrés sont un phénomène relativement récent et les données existantes sont par conséquent largement descriptives plutôt qu'évaluatives. Ensuite, les expériences prospectives d'interventions comportementales avec groupe témoin et les essais cliniques aléatoires de procédures médicales—modes le plus généralement acceptés de production de données scientifiques valides mesurant l'efficacité des services—sont extrêmement difficiles à mettre en œuvre et peuvent être onéreux. Un passage en revue exhaustif de la littérature n'a ainsi relevé aucun exemple de recherche sur les services intégrés faisant appel à une approche de type expérimental.¹⁴

Étant donné la contribution que des essais-pilote expérimentaux de configurations de services potentiellement faisables et efficaces pourrait apporter aux programmes publics de santé génésique dans cette région, quelles configurations faudrait-il envisager? Quelles devraient être les priorités? Les suggestions qui suivent portent d'abord sur l'amélioration de la prévention secondaire par la détection et la prise en charge des infections parmi la clientèle des programmes, puis sur l'examen des éléments nécessaires aux stratégies de prévention primaire.

DÉTECTION ET PRISE EN CHARGE

Clientèle du planning familial et des consultations prénatales

Si l'on considère les expériences jusqu'ici décevantes des efforts d'intégration de détection et prise en charge des cas d'IST aux services de planning familial et de consultation prénatale moyennant l'ajout d'activités de gestion syndromique, convient-il toujours d'encourager cette approche? Sinon, quelle serait, le cas échéant, la stratégie de détection et de prise en charge à adopter? La pratique recommandée dans la majorité des pays consiste à dépister les symptômes et les signes d'IST potentielle par le recueil des antécédents et l'examen clinique, puis de traiter syndromiquement les femmes présentant des symptômes. La question se pose immédiatement de savoir si la procédure devrait être suivie pour toutes les clientes du planning familial et des services de consultation prénatale ou pour un sous-échantillon limité soit aux femmes sélectionnées par le prestataire, soit aux clientes faisant elles-mêmes état de symptômes.

Selon une étude menée au Zimbabwe,¹⁵ se baser sur les déclarations spontanées de symptômes d'IST par les clientes du planning familial serait moins efficace à l'identification des femmes atteintes d'une infection que d'interroger et d'examiner toutes les clientes du planning familial quant aux signes et symptômes d'infection. En utilisant la seconde approche, 64% des clientes dont les analyses en laboratoire avaient confirmé la présence d'une IAG avaient été identifiées et prises en charge correctement; 27% de celles non infectées avaient toutefois été traitées erronément.

Une autre approche consisterait à ne rechercher activement les signes et symptômes que chez les clientes envisageant la méthode du stérilet—seul contraceptif contre-indiqué en présence d'une IST. Les résultats d'une étude menée à Nairobi, au Kenya,¹⁶ indiquent que les algorithmes d'évaluation de risque adaptés aux facteurs contextuels spécifiques peuvent améliorer l'aptitude des prestataires à déconseiller l'usage du stérilet aux femmes jugées présenter un risque élevé. Mieux encore, une étude effectuée au Mexique¹⁷ révèle que si les femmes demandeuses de services de planning familial sont informées des différentes méthodes ainsi que des facteurs de risque d'IST et de leur prévention, et que la responsabilité de choisir une méthode leur est ensuite donnée, elles sont plus susceptibles que celles dont le choix repose sur le jugement du médecin de choisir le préservatif plutôt que le stérilet. La différence s'est révélée plus nette encore chez les femmes atteintes d'une infection cervicale. Ces données laissent entendre qu'offrir aux femmes une information suffisante qui leur permette d'évaluer elles-mêmes leur niveau de risque, puis leur responsabilisation quant à la méthode à adopter, est aussi efficace, si pas plus, que les algorithmes d'évaluation de risque utilisés par les prestataires.

Toutes les stratégies de détection et de prise en charge des IST basées sur les signes et symptômes—pas seulement l'approche syndromique—sont limitées par le simple fait que les IST chez les femmes sont souvent asymptomatiques. En théorie, le problème pourrait être évité en recourant aux tests de laboratoire pour le dépistage de toutes les clientes du planning familial et le traitement de celles présentant des résultats positifs, ou par le traitement présomptif de toutes les clientes dans le cadre de la prestation offerte. Mise à part l'impossibilité logistique de la première de ces stratégies dans toutes les régions du monde, et d'autant plus en Afrique subsaharienne, le coût en serait astronomique. Au Zimbabwe, par exemple, le coût supplémentaire par visite de cliente du planning familial est estimé à USD 25,77.¹⁸ Des tests rapides et peu onéreux sont en cours de développement pour le dépistage des IST sans avoir à passer par un laboratoire, mais seul un test de détection de la syphilis sera vraisemblablement disponible dans un avenir proche.

L'approche du traitement présomptif serait plus économique (l'étude du Zimbabwe estime un coût supplémentaire de USD 13,50 par visite de cliente), mais elle représenterait aussi un gaspillage certain de traitements médicamenteux limités et pourrait mener au développe-

Toutes les stratégies de détection et de prise en charge des IST basées sur les signes et symptômes... sont limitées par le simple fait que les IST chez les femmes sont souvent asymptomatiques.

ment rapide d'un problème de pharmacorésistance. Le traitement présomptif des IST dans la population générale et dans certains sous-groupes spécifiques n'en est pas moins actuellement testé en Afrique, au moyen de modélisation théorique,¹⁹ d'essais en communauté (à Rakai, en Ouganda, par exemple²⁰), et de recherche opérationnelle²¹ dans des communautés minières. Cette stratégie pourrait s'avérer utile dans des situations de forte prévalence du VIH et d'autres IST et lorsque le traitement de masse est possible. Il pourrait convenir dès lors, dans de telles circonstances, d'envisager la modélisation et la recherche opérationnelle pour le traitement présomptif des infections cervicales.

Une stratégie mixte de dépistage de toutes les clientes du planning familial en les interrogeant sur les signes et symptômes d'infection, avec ou sans évaluation de risque, puis le recours aux tests de laboratoire pour celles soupçonnées de présenter une IAG, a été modélisée dans le cadre de l'étude du Zimbabwe.²² Bien que n'accroissant pas le nombre de femmes infectées identifiées et traitées correctement, cette stratégie élimine toutefois le traitement inutile des femmes non infectées. Elle doublerait le coût supplémentaire par cliente (le faisant passer de USD 5,30 à USD 10,30) et manquerait plus du tiers des clientes infectées, mais elle présente deux avantages.

D'abord, en éliminant les traitements inutiles, une stratégie mixte évite le gaspillage de médicaments précieux et réduit la probabilité de pharmacorésistance. Elle révèle ensuite au prestataire le type exact de l'infection détectée, et si sa transmission est sexuelle ou non. Comme l'approche syndromique ne peut distinguer les infections sexuellement transmises de celles endogènes, dans la plupart des cas,²³ l'approche recommandée consiste à traiter l'infection comme non sexuellement transmise et de conseiller aux femmes de revenir pour le traitement d'une infection cervicale si les symptômes persistent. Cette incertitude rend les efforts de notification du partenaire et de prise en charge particulièrement difficiles,* avec pour résultat que la plupart des femmes atteintes d'une IST courent un risque de réinfection immédiate et restent donc particulièrement vulnérables à l'infection au VIH. L'inclusion des coûts de la prise en charge double d'une IST persistante et d'une infection potentielle au VIH pourrait produire une perspective différente.

Cette discussion des différentes stratégies possibles repose sur la modélisation; il est toutefois impossible de savoir ce qui se passerait si ces configurations théoriques étaient mises en pratique. Plusieurs études descriptives et études de cas ont cependant été menées au niveau national et dans des cliniques pour tester la faisabilité des stratégies d'intégration existantes.²⁴ Toutes ces analyses ont constaté que l'aptitude des cliniques à offrir des services de détection et de traitement des IST était limitée par le manque d'éléments aussi fondamentaux que les équipements et fournitures d'examen, la formation du personnel et les médicaments. A cela s'ajoutent les problèmes de qualité des prestations, tels que les faibles niveaux d'évaluation du risque d'IST ou de conseil pour les clientes du planning familial, et par les faibles proportions de clientes

recevant des prestations en termes de prise en charge des IST. Le degré de préparation et la qualité offerte étaient néanmoins légèrement supérieurs dans les cliniques où des ressources supplémentaires avaient été consacrées à la mise en œuvre de services intégrés. Ainsi, des problèmes considérables se posent partout où des efforts d'intégration et de prise en charge des IST ont été entrepris. Ces problèmes sont le résultat d'un sérieux écart entre les intentions politiques, les processus de gestion programmatique (formation, encadrement et suivi, etc.) par lesquels ces politiques sont mises en œuvre et les procédures effectivement suivies pour fournir les prestations.

En somme, étant donné qu'aucune de ces études n'a pu observer et évaluer la mise en œuvre d'une stratégie pleinement fonctionnelle d'intégration de la détection et de la prise en charge des IST, il est impossible de déterminer si cette stratégie particulière est faisable et efficace en termes à la fois de réduction de l'incidence des IST et du VIH et de satisfaction des besoins de santé génésique individuels des femmes. Il n'existe à ce jour aucune étude prospective contrôlée connue cherchant à tester une configuration de services spécifique qui intègre la détection et la prise en charge des IST aux services de planning familial offerts en clinique ou au niveau de la communauté. Les seuls exemples de la région—deux études de recherche opérationnelle entreprises au Kenya et au Zimbabwe sur la faisabilité de l'intégration dans un contexte contrôlé—n'ont pas eu recours à une approche méthodologique expérimentale.²⁵

La recherche d'intervention contrôlée est essentielle à la détermination non seulement de la faisabilité de cette stratégie lorsqu'elle est mise en œuvre adéquatement, mais aussi de son efficacité en termes de réponse simultanée aux objectifs de planning familial, de prise en charge des IST et de prévention du VIH. En bref, une étude de type Mwanza doit être entreprise pour répondre à la question. Etant donné le coût et la difficulté de l'organisation d'études prospectives d'intervention aux niveaux des cliniques et de la population, une recherche de modélisation des coûts relatifs et de l'efficacité des différentes stratégies d'intégration de la détection et de la prise en charge des IST est nécessaire à fins de comparaisons théoriques préalables au lancement d'essais sur le terrain des stratégies les plus prometteuses.

Les études entreprises au Kenya et au Zimbabwe ont néanmoins indiqué que, même sous conditions contrôlées, la détection et la prise en charge des IST ne pouvaient être mises en œuvre de manière uniforme ou exactement selon le plan initial. Bien que l'approche soit parue acceptable aux prestataires comme aux clientes, les prestataires s'étaient fréquemment éloignés des procédures standardisées, tant

*Une étude des cliniques publiques de Kakuru, au Kenya, a par exemple observé que la notification du partenaire n'était possible que pour 10 à 12% des femmes ayant reçu un diagnostic syndromique de leucorrhée, ulcères génitaux ou infection génitale haute. (Source: Kariba J et al., *Integration of STI and HIV/AIDS with MCH-FP Services: A Case Study of the Nakuru Municipal Council's Project on Strengthening STD/AIDS Control*, Nairobi, Kenya: Population Council, 1997.) Une autre étude discute les problèmes pratiques liés aux efforts d'encouragement de la notification du partenaire dans des études de cas du Botswana, du Kenya et de l'Ouganda. (Source: Maggwa BN et Askew I, 1997, référence 24.)

de dépistage et d'évaluation du risque (malgré l'existence d'une liste de contrôle) que d'application des algorithmes de prise en charge des clientes symptomatiques. Cette constatation est conforme aux résultats d'une étude menée au Ghana, où les protocoles d'intégration standardisés étaient souvent «adaptés» à la manière dont les prestataires se sentent le plus à l'aise quant à l'offre de ces services.²⁶

Détection de la syphilis au niveau de la consultation prénatale

Les niveaux d'IST spécifiques sont souvent aussi élevés parmi les femmes enceintes que parmi les clientes du planning familial. Etant donné que la grande majorité des femmes enceintes de la région se rendent dans les cliniques durant leur grossesse, la détection et la prise en charge actives des cas d'IST peuvent avoir d'importants effets positifs sur la santé. La syphilis, par exemple, peut être cause de conséquences néfastes pour le fœtus et le nouveau-né (avortement spontané, mortinaissance, anomalies congénitales et infections). Sa détection et son traitement prénatals sont depuis longtemps possibles et encouragés en tant que stratégie rentable de réduction de la morbidité et de la mortalité infantiles. Il a été démontré à Nairobi, Kenya,²⁷ que le dépistage sur place de la syphilis par le test rapide de réagine, le traitement par simple dose de pénicilline et la notification active du partenaire étaient non seulement praticables et utiles à la détection et à la prise en charge des cas de syphilis, mais qu'ils n'ajoutaient en outre qu'un faible montant au coût ordinaire de la visite de consultation prénatale. Mieux encore, la notification active du partenaire menait au traitement de 70% des partenaires de femmes infectées. La stratégie a probablement contribué à la diminution substantielle, ces dernières années, de la prévalence de la syphilis prénatale à Nairobi, bien que d'autres interventions parallèles de lutte contre les IST puissent y avoir joué un rôle aussi.²⁸

Cette stratégie demeure largement sous-utilisée dans la région. Une étude du dépistage de la syphilis prénatale dans 22 pays d'Afrique subsaharienne évaluée, au mieux, à 38% seulement la proportion des femmes enceintes soumises au dépistage lors de leurs consultations prénatales, et à plus d'un million le nombre de femmes infectées non diagnostiquées lors de ces visites, donnant lieu à 600.000 issues fœtales et infantiles inutilement malheureuses.²⁹ Les auteurs citent plusieurs raisons à cet échec: la syphilis tend à être considérée comme un problème relevant du programme national des IST, plutôt que du programme de santé maternelle et infantile; la question reçoit peu d'attention et de fonds de la part des donateurs internationaux et des organismes d'assistance technique; les protocoles et consignes pertinents font défaut; enfin les cliniques de consultation prénatale et leurs effectifs ne sont pas suffisamment préparés à l'offre de services de dépistage et de traitement.*

Les questions de recherche qui restent concernent la manière dont la stratégie pourrait être le mieux introduite dans

les situations nouvelles, ou renforcée là où elle existe déjà, notamment en améliorant l'accès dans les régions rurales démunies d'installations élémentaires de laboratoire et par un effort de décentralisation dans les contextes urbains. Dès que le test d'hémo-agglutination rapide permettra la détection rapide de la syphilis sans exiger d'équipement de laboratoire sophistiqué, la recherche devra déterminer la faisabilité de ce qui deviendra alors un nouveau modèle de consultation prénatale intégrée.

Le chlamydia et la gonorrhée peuvent aussi être à l'origine de complications graves. Les tests de dépistage demeurent cependant beaucoup trop onéreux pour une administration de routine, et les algorithmes de diagnostics des écoulements vaginaux sont encore moins efficaces chez les femmes enceintes que chez celles qui ne le sont pas.³⁰ Bien que le traitement de tous les nouveaux-nés soit actuellement envisagé comme une méthode plus rentable de réduction de l'incidence de la conjonctivite néonatale que le test des nourrissons avant le traitement,³¹ la mise en œuvre de l'intervention est médiocre dans la région et la prophylaxie ophtalmique de routine restera sans effet sur les autres issues malheureuses de la grossesse imputables à l'infection (mortinaissance, avortement spontané, anomalies congénitales, etc.)

PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DES IST

Une fois établies la difficulté, et l'inefficacité probable, de la détection et de la gestion des IST chez les femmes en tant que stratégie d'intégration, l'attention s'est tournée vers les efforts d'intégration des activités de prévention primaire destinées à transformer les comportements susceptibles d'accroître le risque de transmission des IST et du VIH. Comme le souligne un auteur, «l'approche offre un moyen de prendre en compte toutes les IST plutôt que quelques-unes seulement, tire parti de la dynamique particulière de la transmission des IST, contribue à la protection générale de la population et renforce les efforts de planning familial déjà entrepris à relativement peu de frais».³² De fait, les efforts de sensibilisation de la clientèle du planning familial aux IST et à leurs symptômes, aux comportements de recherche de soin appropriés et à ceux aptes à réduire le risque de contamination avaient été introduits dans les services de planning familial avant même la promotion actuelle de «l'intégration».³³ Les récents appels à renforcer les activités de prévention primaire représentent tout autant une réaction à la faible performance des stratégies d'intégration de la détection et de la prise en charge des IST que la promotion d'une stratégie d'intégration au succès établi. La discussion qui suit le soulignera pourtant, les incertitudes quant à la faisabilité et l'efficacité de l'intégration des activités préventives sont pour le moins égales à celles de l'intégration des services de détection et de traitement.

Atteindre la clientèle des cliniques

L'éducation et le conseil des clientes par rapport à la sensibilisation aux IST, aux comportements de recherche de soin, aux facteurs de risque et aux comportements préventifs

*Ces questions sont analysées en détail, dans le cadre du programme national d'Afrique du Sud, dans Beksinska M et al., *Antenatal Syphilis Screening and Management Procedures in South Africa*, Durban, South Africa, Reproductive Health Research Unit, 2000.

(usage du préservatif, surtout) devraient favoriser l'adoption ou le maintien de comportements sexuels à bas risque (moindre nombre de partenaires sexuels, usage du préservatif, etc.), ainsi qu'encourager un comportement de recherche de soins plus rapide et plus efficace de la part des femmes qui soupçonnent avoir contracté une infection.³⁴ La plupart des programmes et politiques de santé maternelle et infantile et de planning familial présument que ces messages sont généralement inclus dans les conseils de planning familial (et, dans une moindre mesure, ceux de la consultation prénatale). Les faits révèlent néanmoins, dans plusieurs pays et contextes, que ce type de conseil «intégré» est non seulement relativement rare, mais aussi de qualité extrêmement variable.³⁵

L'offre de formations de recyclage et l'institution de protocoles et consignes standardisés ne produisent de toute évidence pas les changements attendus dans le comportement des prestataires.* Comme il s'agit cependant des approches les plus fréquentes, il convient pour les planificateurs de programme et les stratèges d'en assurer l'élaboration systématique et d'en tester la faisabilité et les effets sous conditions contrôlées. De nombreux facteurs peuvent entraver l'adaptation du conseil des prestataires, qu'il s'agisse d'un manque de directives, matériel IEC, préservatifs et autres équipements ou fournitures élémentaires, d'un manque de temps, perçu ou réel,[†] ou d'une question de gêne, de malaise ou d'attitude discrétionnaire de la part de la clientèle comme des prestataires.³⁶ Les efforts de formation et les directives ne suffisent pas, à eux seuls, à contre-carrer ces facteurs.

Les études de recherche opérationnelle entreprises au Kenya et au Zimbabwe ont tenté une approche plus systématique de la réorientation des services de planning familial et de consultation prénatale.³⁷ Commencant par une évaluation des besoins, les chercheurs ont ensuite formé le personnel, garanti les approvisionnements en médicaments et élaboré une liste de contrôle standardisée de tous les points à couvrir dans le cadre d'une consultation intégrée: recueil d'antécédents complets; examen clinique, y compris examen pelvien; questionnaire d'évaluation du risque (23 questions); et sensibilisation aux IST et au VIH/sida. L'analyse des listes complétées par les prestataires confirme la grande utilité de cet outil dans le conseil aux clientes, qui avaient non seulement été informées sur le planning familial, mais qui avaient aussi été sensibilisées aux questions relatives aux IST et dont le risque avait été évalué. L'usage d'une liste de contrôle structurée sur la conduite d'une consultation intégrée semble améliorer l'aptitude des prestataires à communiquer un message de nature intégrée. Cette observation vient du reste confirmer les résultats d'études menées en Amérique latine.³⁸

Il est important de déployer un effort systématique de mise en œuvre et de documentation de la faisabilité des stratégies d'intégration des messages sur les IST à ceux du planning familial ou de consultation prénatale avant de tirer des conclusions sur leur impact au niveau du changement des comportements. Un examen exhaustif de la littérature

re existante a mené à la constatation que «quelques études et rapports indiquent un changement au niveau de la distribution du préservatif (et un impact plus douteux sur son usage) et une amélioration de la connaissance des clientes quant aux IST et aux méthodes préventives».³⁹ Les auteurs de l'étude en concluent que les données existantes «sont très loin» de démontrer le moindre impact sur les comportements.⁴⁰ Comme cette conclusion repose sur l'évaluation d'interventions mal mises en œuvre, les auteurs soulignent toutefois la nécessité d'évaluations supplémentaires aptes à produire des données plus probantes quant à l'impact de la stratégie—avec l'avertissement, cependant, que «la promotion du changement comportemental dans le contexte [du planning familial] semble ne présenter de potentiel significatif que si elle réussit soit à donner aux femmes le pouvoir de négocier des pratiques sexuelles sans risques avec leurs partenaires, soit à atteindre d'autres segments de la population, y compris les femmes jeunes et célibataires, les travailleuses de l'industrie du sexe et les hommes».⁴¹ Les auteurs doutent que le simple encouragement des prestataires à éduquer davantage leur clientèle sur les IST, même avec l'aide d'une liste de contrôle structurée, et à promouvoir l'usage du préservatif à chaque occasion possible, puisse produire un changement efficace sur les comportements si la femme elle-même n'estime pas, au minimum, pouvoir utiliser l'information et les préservatifs qui lui sont fournis. Comme les études effectuées en Afrique subsaharienne révèlent de plus que les femmes y courent généralement le risque de contracter une IST et le VIH sous l'effet du comportement de leur partenaire masculin plutôt que du leur, les stratégies qui n'atteignent pas les hommes (en l'occurrence, les programmes de santé maternelle et infantile et de planning familial existants) ne sont guère susceptibles de réduire nettement le risque des femmes.

La double protection contre les grossesses non planifiées et les IST représente une stratégie actuelle dont la faisabilité et l'efficacité peuvent être systématiquement testées avant sa promotion au titre de «pratique préférable». Le plus souvent, les clientes sont encouragées à adopter la double protection selon deux approches: par promotion active, où toutes les consultations touchant aux questions du planning familial ou des IST présentent le préservatif (masculin ou féminin) comme une méthode à utiliser seule ou en combinaison avec une autre, ou par promotion passive, où le préservatif est largement mis à la disposition de la clientèle des cliniques (aux toilettes, dans les salles d'at-

*Une étude récente du Kenya indique que le comportement des prestataires peut changer sous l'effet d'un effort concerté de dissémination des consignes révisées: la proportion de nouvelles clientes ayant déclaré que l'usage de la méthode double leur avait été recommandé lors de leur consultation est passée de 40 à 57%. (Source: Stanback J et al., *The Effectiveness of National Dissemination of Updated Reproductive Health/Family Planning Guidelines In Kenya*, Nairobi, Kenya: Family Health International, 2001.)

†Dans leur analyse des données de l'étude de recherche opérationnelle du Zimbabwe, Janowitz et ses collègues ont observé que l'ajout de l'évaluation du risque n'accroissait pas significativement la durée de la consultation, et que l'ajout d'un examen pelvien accroissait de 16 minutes la durée de la consultation moyenne. Même en comptant la durée supplémentaire de chaque consultation, les prestataires ne passaient pourtant que 40% de leur temps avec leurs clientes. (Source: Janowitz B et al., 2002, référence 54.)

L'offre de formations de recyclage et l'institution de protocoles et consignes standardisés ne produisent de toute évidence pas les changements attendus dans le comportement des prestataires.

tente et dans les salles d'examen). Les deux approches visent à accroître l'usage correct, régulier et constant du préservatif lors de tous les actes sexuels. Malgré l'existence de quelques données factuelles sur la fréquence de la discussion du préservatif et de la double protection dans le cadre des consultations de planning familial,⁴² il n'en existe aucune quant à savoir si cette stratégie, ou si celle de la mise à dispositions accrue du préservatif dans les cliniques, donne en effet lieu à un usage correct, régulier ou durable du préservatif par les clientes de la clinique et leurs partenaires. Etant donné que les deux stratégies font l'objet d'une attention grandissante, il est indispensable d'entreprendre la recherche apte à déterminer leur faisabilité dans le contexte des cliniques et leur effet sur l'usage du préservatif par leur clientèle.*

Une autre approche envisagée consiste à assortir l'offre de préservatifs de celle de contraceptifs d'urgence de manière à éviter une grossesse non désirée en cas de rupture soupçonnée ou de non-utilisation du préservatif. Certaines études se sont penchées sur le rapport entre l'offre de pilules contraceptives d'urgence et l'usage du préservatif,⁴³ mais aucune n'a examiné la faisabilité ou l'efficacité d'une stratégie délibérée axée sur l'offre conjointe des deux méthodes.

Une autre approche, plus nuancée, de la double protection consiste à assurer que les consultations de planning familial (et les consultations prénatales et de soins post-natals pour les clientes qui envisagent leurs options de planning familial) incluent non seulement une information sur les IST et leur transmission, mais aussi une évaluation par et avec la femme du risque qu'elle court de contracter une IST ou le VIH, ou de se retrouver enceinte, ainsi qu'une discussion de l'efficacité des différents contraceptifs individuels aptes à la protéger contre une nouvelle grossesse et une infection. Cette approche vise à permettre à la femme et au prestataire d'évaluer les besoins de double protection de la femme à la lumière de sa situation individuelle. Elle permet aussi aux femmes non exposées aux IST ou au VIH d'adopter, comme comportement de protection double, une méthode contraceptive et une relation sexuelle monogame avec un partenaire non infecté. Une étude note une augmentation de la proportion de femmes infectées choisissant le préservatif en réponse à l'apport d'information, l'évaluation de risque et la possibilité de choisir elles-mêmes leur méthode.⁴⁴ Une recherche opérationnelle en cours au Nigeria, dans laquelle la sensibilisation des clientes aux IST et l'évaluation du risque représentent les éléments centraux des consultations de planning familial, a produit des résultats préliminaires prometteurs, avec une hausse, de 2 à 9%, de la proportion des visites aboutissant à l'acceptation du préservatif (principalement féminin).⁴⁵ Cette stratégie semble faisable, mais son efficacité au niveau de l'assurance

d'un changement de comportement durable pour les couples demeure une question importante. Les chercheurs testent actuellement une intervention visant à atteindre les partenaires masculins dans le but de renforcer cet aspect du modèle de changement comportemental.

Atteindre la population plus large à travers les cliniques

Les adolescentes et les jeunes femmes célibataires courent un risque élevé d'IST, de contraction du VIH et de grossesses non désirées. Elles appréhendent pourtant souvent la consultation dans les cliniques publiques ou sont dissuadées d'y recourir en raison des politiques du programme de santé ou des attitudes du personnel de ces cliniques. Les stratégies de lutte contre ces obstacles devraient accroître la proportion d'adolescentes et de femmes célibataires sexuellement actives qui obtiennent une information et des services appropriés, et réduire en fin de compte les proportions de celles qui s'engagent dans des rapports sexuels non protégés. Un petit nombre de projets entrepris en Afrique subsaharienne explorent la faisabilité d'une plus grande ouverture aux jeunes dans les cliniques existantes du secteur public.⁴⁶ mais les observations n'en sont pas bien documentées et peu de résultats sont publiés dans la littérature. Aucun de ces projets n'évalue leur efficacité en termes de changement comportemental et de durabilité des comportements préventifs chez les adolescents, pas plus que leur impact dans la lutte contre les grossesses non désirées et la transmission des infections. Une analyse souligne les nombreuses difficultés d'accès des adolescents—de sexe masculin surtout—à travers le simple «ajout» de services IST aux programmes publics. Elle met en revanche l'accent sur le potentiel que représentent l'établissement de services spécialisés et une exploitation plus complète du secteur privé, tant par l'orientation des adolescents par les cliniques publiques ou d'ONG vers le secteur privé apte à assurer leur traitement que par la promotion du traitement des IST par du personnel sanitaire non médical et par d'autres agents locaux.⁴⁷

Quel que soit leur âge, les hommes ne fréquentent généralement pas les cliniques publiques en vue de l'obtention de renseignements sur le planning familial, de préservatifs ou pour le traitement des IST, et ils n'accompagnent généralement pas leurs partenaires lors des consultations prénatales ou de soins des enfants. Plusieurs possibilités visant à atteindre les hommes grâce aux cliniques publiques conventionnelles sont actuellement envisagées, mais très peu d'efforts ont en fait été testés et évalués de manière prospective. Les deux approches préférées semblent être la mise à disposition gratuite et aisée de préservatifs dans les cliniques pour les occasions où les hommes s'y rendent effectivement, et l'encouragement des hommes à accompagner leur partenaire lors des visites de consultation prénatale ou de planning familial, les exposant ainsi à des messages de sensibilisation au planning familial et aux IST, tout en leur offrant aussi des préservatifs et l'opportunité de dépistage et traitement des IST. Ici encore, aucune stratégie n'a été testée systématiquement, bien que la faisabilité et

*Une étude menée en Afrique du Sud a suivi une cohorte d'utilisatrices du préservatif clientes d'une clinique, découvrant, au terme de cinq semaines, que 44% des préservatifs avaient été utilisés dans le cadre de relations sexuelles, 22% avaient été donnés plus loin, 9% avaient été égarés ou jetés et 26% étaient toujours disponibles à l'emploi. (Source: Myer L et al., The fate of free male condoms distributed to the public in South Africa, *AIDS*, 2001, 15(6):789–793.)

Quel que soit leur âge, les hommes ne fréquentent généralement pas les cliniques publiques en vue de l'obtention de renseignements sur le planning familial, de préservatifs ou pour le traitement des IST...

l'efficacité de la seconde approche (encouragement des hommes à assister aux consultations prénatales et de planning familial) soient actuellement testées dans le cadre de recherches opérationnelles en Afrique du Sud, en Inde, au Zimbabwe et au Nigeria.

L'on dispose de très peu d'information sur la mesure dans laquelle les travailleuses de l'industrie du sexe ont recours aux services du système de santé de l'Etat pour la contraception et la prise en charge des IST, mais une étude menée récemment à Abidjan indique que 28% de celles interviewées s'étaient adressées à une clinique ou à un hôpital publics pour le traitement de leur dernière IST, 23% avaient recouru à l'auto-traitement à travers le secteur non structuré de l'économie et les autres avaient fait appel aux pharmacies ou aux établissements du secteur privé.⁴⁸ Ainsi, les établissements publics devraient être testés et évalués systématiquement en tant que point d'accès possible des travailleuses de l'industrie du sexe.

EN DEHORS DES CLINIQUES

Cet article se concentre sur les services offerts dans les cliniques, points de prestation les plus courants des programmes du secteur public d'Afrique subsaharienne. Certains programmes de santé publique de la région s'accompagnent de composants communautaires ou «hors murs» faisant appel aux agents sanitaires des communautés ou à des distributeurs communautaires de contraceptifs et autres services de santé primaire.⁴⁹ Les données indiquent clairement que les programmes de distribution à base communautaire (DBC) du secteur public peuvent promouvoir efficacement l'usage du préservatif auprès des hommes,⁵⁰ surtout par l'intermédiaire d'agents de sexe masculin. Aucune évaluation n'a été effectuée pour déterminer si cette approche accroît la prévalence globale de l'usage du préservatif ou si elle remplace d'autres sources d'approvisionnement, ou encore si elle améliore, en fin de compte, les comportements préventifs.

Des efforts ont été déployés pour former cette catégorie de prestataires à inclure la sensibilisation aux IST dans le cadre de leurs consultations. La mesure dans laquelle ils ont réussi à incorporer cette nouvelle responsabilité n'est toutefois pas bien documentée, en raison surtout de l'apparente hésitation des programmes DBC à commencer à enregistrer ces activités dans leurs systèmes de rapport ordinaires, et aussi du manque de recherche évaluative sur la question. Les données d'une évaluation du programme DBC de Planned Parenthood of Ghana⁵¹ indiquent que cette formation a mené ses agents DC à informer leur clientèle sur la prévention des IST dans 90% de leurs consultations. Une étude d'un programme public dans le nord du Ghana constate cependant que la formation des agents communautaires à l'inclusion de l'éducation aux IST n'a pas accru significativement la sensibilité et la connaissance des IST au sein de la population générale. Il faut cependant relever que 20% seulement de la population avaient des contacts avec les agents communautaires, et que les IST étaient détectées à l'occasion de moins de la moitié de ces contacts.⁵²

EFFET SUR LES SERVICES EXISTANTS

Cette étude s'est concentrée sur les aspects connus et non connus de la faisabilité et de l'effet de l'intégration de la prévention et de la prise en charge des IST dans les programmes de planning familial et de consultation prénatale du secteur public. Il n'en est pas moins tout aussi important de déterminer si cette intégration influence les services existants. Une étude complète commandée par l'OMS a constaté que «les données fournies sur l'impact de l'intégration sur les services [de planning familial] sont pour la plupart impressionnistes».⁵³

Les auteurs concluent néanmoins que les efforts d'intégration d'activités de prévention des IST ont amélioré les attitudes des prestataires, leurs compétences en matière de conseil et leur rendement en termes de services de planning familial, malgré les craintes initiales que l'approche intégrée ne surcharge le personnel. Ils estiment aussi que les services intégrés améliorent la satisfaction de la clientèle, qui y perçoit une réponse plus complète à ses besoins et l'occasion de discuter les questions de comportement sexuel et de rapports entre les sexes. Ils donnent plusieurs exemples (tirés de statistiques des services et donc pas nécessairement fiables) indiquant que les programmes intégrés produisent non seulement de plus hauts niveaux de distribution du préservatif, mais conduisent aussi à une hausse de l'adoption d'autres méthodes contraceptives.

Leurs observations, bien qu'elles aussi «impressionnistes», laissent entendre l'inutilité de poursuivre la recherche en vue de démontrer ce point, même si des données recueillies dans le cadre d'une étude prospective mettant cette hypothèse à l'épreuve seraient plus fiables. Il serait peut-être utile, toutefois, de recueillir une information plus systématique concernant les implications d'une approche intégrée sur la manière dont les services cliniques sont organisés et dont les prestataires utilisent leur temps. Il n'existe que deux études de ce type, qui donnent toutes deux à penser qu'il ne s'agit pas d'une question de temps en soi, mais plutôt de l'usage de ce temps au cours de la journée.⁵⁴ Quoi qu'il en soit, la question bénéficierait énormément de la réalisation d'études contrôlées aptes à tester les hypothèses avancées concernant l'effet de l'intégration des services sur la qualité des prestations de planning familial et de consultation prénatale, sur l'adoption et la poursuite du planning familial, sur la qualité et l'utilisation des services d'IST et de VIH/sida offerts, et sur la prévalence de ces infections au sein de la population ciblée.

CONCLUSIONS

Le recensement le plus complet effectué à ce jour quant à la recherche menée sur l'intégration conclut que «l'étude idéale d'évaluation de l'intégration des IST au planning familial n'a pas encore été entreprise».⁵⁵ En dépit du manque de données probantes issues de la recherche sur la faisabilité et l'impact de l'intégration, les planificateurs des programmes et les stratégies continuent à chercher les moyens d'améliorer l'intégration de la prévention, détection et prise en charge des IST et du VIH au sein des services existants

de santé maternelle et infantile et de planning familial. Ils procèdent ainsi, dans une large mesure, car l'apport de services supplémentaires à travers un programme existant, à une clientèle établie et numériquement vaste, présente moins de difficultés pour les programmes de santé publique nationaux, leurs bailleurs de fonds et leurs partenaires à l'assistance technique que de se lancer à l'aventure sur le terrain relativement inconnu de l'approche d'une nouvelle clientèle (les groupes de «grands transmetteurs» masculins, les femmes jeunes et célibataires et les travailleuses de l'industrie du sexe) par de nouvelles activités. A ce jour, la plupart des stratégies d'accès à ces groupes—marketing social du préservatif, programmes destinés aux maisons de prostitution, sensibilisation des camionneurs et des militaires, programmes d'accès aux adolescents, etc.—restent plutôt l'œuvre d'organisations privées, commerciales ou non gouvernementales.

Le vif enthousiasme manifesté à l'égard de l'intégration et les ressources mises à la disposition des programmes qui en introduisent les approches sont plutôt inquiétants lorsque l'on considère la pauvreté des données issues d'une recherche rigoureuse. La nécessité d'une recherche de mise à l'épreuve prospective de quelques-unes au moins des stratégies en cours d'introduction procède du désir d'éviter le risque de la promotion de stratégies visant à produire un changement comportemental parmi les clientes des services de santé maternelle et infantile (par des messages et services de prévention primaire ou par le diagnostic et traitement des IST), alors que les femmes ne disposent généralement pas de l'autonomie et des moyens nécessaires à la matérialisation de ce changement.

En particulier, la priorité devrait être accordée au soutien de quelques études expérimentales rigoureusement conçues et mises en œuvre, qui soient aptes à déterminer l'impact de stratégies intégrées sur les comportements de prévention des IST et des grossesses, sur la détection et la prise en charge des IST et, en fin de compte, sur l'incidence et la prévalence des IST, VIH compris, ainsi que sur les niveaux de grossesses non désirées. Ces études devraient se prêter à la comparaison avec différentes configurations de services, pour permettre aux stratèges d'arrêter, parmi les différentes options possibles, les choix les mieux adaptés à leur situation. Le manque d'attention aux indicateurs appropriés empêche malheureusement ces analyses comparatives. (Certains efforts cherchent à définir des groupes d'indicateurs destinés à l'évaluation de services intégrés plutôt que verticaux.⁵⁶ A ce jour toutefois, le seul effort sérieux est l'indice «Helping Individuals Achieve Their Reproductive Intentions» élaboré par Anrudh Jain et Judith Bruce.⁵⁷) Les études entreprises devraient aussi inclure des analyses de coûts propices aux comparaisons de rentabilité des différentes approches. Compte tenu de l'ampleur des ressources et du temps nécessaires aux essais d'intervention, une plus grande attention devrait être accordée aux études de modélisation aptes à tirer parti des jeux de données existants.⁵⁸ Il existe, en bref, un besoin urgent de considérer la mise en place d'essais-pilote des nouvelles

stratégies, ceci en ayant recours à des méthodes expérimentales, plutôt que de lancer des programmes à grande échelle reposant sur des données descriptives de faisabilité ou purement intuitives.

Enfin, la priorité devrait être accordée aux essais d'intervention portant sur les stratégies cherchant à réorienter les modes de prestation traditionnels des services de planning familial ou de consultation prénatale plutôt que de tester les moyens d'ajouter la prévention ou la détection et la prise en charge des IST aux structures programmatiques existantes, moyennant l'offre de formations de recyclage, la révision des normes et consignes ou la promotion de l'usage du préservatif. A ce jour, le succès limité de ces stratégies peut être le résultat d'une mise en œuvre incomplète de la stratégie en soi. L'explication plus vraisemblable est que ces stratégies ne reconnaissent pas la hausse de la proportion des clientes du planning familial ou des consultations prénatales qui courent non seulement le risque d'une grossesse non désirée ou dangereuse, mais aussi celui de contracter le VIH ou une autre IST. Cela sans compter que ces stratégies ne considèrent pas non plus l'impuissance des femmes à négocier la double, ou même simple protection avec leurs partenaires.

Les stratégies qui cherchent à évaluer la situation générale de la femme, à lui exposer les risques qu'elle court et les options qui lui sont ouvertes, et qui respectent le droit qui lui revient de prendre elle-même ses décisions comportementales semblent les plus aptes à lui assurer la protection dont elle a besoin. Ces stratégies posent un défi considérable en ce qu'elles exigent une adaptation significative des procédures ordinaires plutôt que le simple ajout d'activités complémentaires aux procédures existantes. L'accès aux partenaires masculins des clientes des services de santé maternelle et infantile et du planning familial présente une gageure plus grande encore. Face à l'ampleur du double problème de l'épidémie du sida et de la fécondité élevée en Afrique subsaharienne, il importe pourtant de relever ces défis, et de toute urgence.

RÉFÉRENCES

1. Mayhew S, Integrating MCH/FP and STD/HIV services: current debates and future directions, *Health Policy and Planning*, 1996, 11(4): 339–353; Dehne K et Snow R, *Integrating STI Management Services into Family Planning Services: What Are the Benefits?* Geneva: World Health Organization (WHO), 1999; et Lush L et al., Integrating reproductive health: myth and ideology, *Bulletin of the World Health Organization*, 1999, 77(9):771–777.
2. WHO, *Global Prevalence and Incidence of Selected Curable Sexually Transmitted Infections: Overview and Estimates*, Geneva: WHO, 2001.
3. Solo J et Maggwa BN, *Improving the Management of STIs Among MCH/FP Clients at the Nakuru Municipal Council Health Clinics*, Nairobi, Kenya: Population Council, 1999; Maggwa BN et Askew I, *Demand for and Cost-Effectiveness of Integrating RTI/HIV Services with Clinic-Based Family Planning Services in Zimbabwe*, Nairobi, Kenya: Population Council, 1999; Mayaud P et al., Validation of a WHO algorithm with risk assessment for the clinical management of vaginal discharge in Mwanza, Tanzania, *Sexually Transmitted Infections*, 1998, 74(Suppl. 1):S77–S84; et Kapiga SH et al., Evaluation of sexually transmitted diseases diagnostic algorithms among family planning clients in Dar es Salaam, Tanzania, *Sexually Transmitted Infections*, 1998, 74(Suppl. 1):S132–S138.
4. United Nations Programme on AIDS (UNAIDS), *AIDS Epidemic*

Update–December 2001, Geneva, Switzerland: UNAIDS et WHO, 2001.

5. Carpenter LM et al., Rates of HIV-1 transmission within marriage in rural Uganda in relation to the HIV sero-status of the partners, *AIDS*, 1999, 13(15):2133–2141.

6. Lush L et al., 1999, op. cit. (voir référence 1); et Shelton JD, Prevention first: a three-pronged strategy to integrate family planning program efforts against HIV and sexually transmitted infections, viewpoint, *International Family Planning Perspectives*, 1999, 25(3):147–152.

7. Kisubi W et al., *Integrating STD/HIV/AIDS Services with MCH/FP Programs: A Guide for Policy Makers and Program Managers*, Nairobi, Kenya: Pathfinder International, 2000.

8. O'Reilly K, Dehne K et Snow R, Should management of sexually transmitted infections be integrated into family planning services: evidence and challenges, *Reproductive Health Matters*, 1999, 7(14):49–59; et Lush L et al., 1999, op. cit. (voir référence 1).

9. Dallabetta G, Gerbase A et Holmes K, Problems, solutions and challenges in syndromic management of sexually transmitted diseases, *Sexually Transmitted Infections*, 1998, 74(Suppl. 1):S1–S11; Sloan NL et al., Screening and syndromic approaches to identify gonorrhoea and chlamydial infection among women, *Studies in Family Planning*, 2000, 31(1):55–68; Kapiga SH et al., 1998, op. cit. (voir référence 3); Maggwa BN et Askew I, 1999, op. cit. (voir référence 3); et Solo J et Maggwa BN, 1999, op. cit. (voir référence 3).

10. Dallabetta G, Gerbase A et Holmes K, 1998, op. cit. (voir référence 9); Solo J et Maggwa BN, 1999, op. cit. (voir référence 3); et Maggwa BN et Askew I, 1999, op. cit. (voir référence 3).

11. Welsh M, Feldblum P et Chen S, Sexually transmitted disease risk assessment used among low-risk populations in east central Africa: a review, *East African Medical Journal*, 1997, 74(12):764–771; Solo J et Maggwa BN, 1999, op. cit. (voir référence 3); et Maggwa BN et Askew I, 1999, op. cit. (voir référence 3).

12. WHO, *Guidelines for the Management of Sexually Transmitted Infections*, Geneva: WHO, 2001.

13. O'Reilly K, Dehne K et Snow R, 1999, op. cit. (voir référence 8).

14. Dehne K et Snow R, 1999, op. cit. (voir référence 1).

15. Maggwa BN et Askew I, 1999, op. cit. (voir référence 3).

16. Morrison C et al., Use of sexually transmitted disease risk assessment algorithms for selection of intrauterine device candidates, *Contraception*, 1999, 59(2):97–106.

17. Lazcano Ponce EC et al., The power of choice of information and contraceptive choice in a family planning setting in Mexico, *Sexually Transmitted Infections*, 2000, 76(4):277–281.

18. Maggwa BN et Askew I, 1999, op. cit. (voir référence 3).

19. Korenromp EL et al., Model-based evaluation of single-round mass treatment of sexually transmitted diseases for HIV control in a rural African population, *AIDS*, 2000, 14(5):573–593.

20. Wawer MJ et al., Control of sexually transmitted diseases for AIDS prevention in Uganda: a randomised community trial, *Lancet*, 1999, 353(9152):525–535.

21. Van Dam J, Hybrid STI interventions: putting new prevention and treatment programs to the test, *Horizons Report*, <[http://www.popcouncil.org/horizons/newsletter/horizons\(1\)_2.html](http://www.popcouncil.org/horizons/newsletter/horizons(1)_2.html)>, accessed Apr. 17, 2002.

22. Maggwa BN et Askew I, 1999, op. cit. (voir référence 3).

23. WHO, 2001, op. cit. (voir référence 12).

24. Askew I, Fassihian G et Maggwa N, Integrating STI and HIV/AIDS services at MCH/family planning clinics, in: Miller K et al., réds., *Clinic-Based Family Planning and Reproductive Health Services in Africa: Findings from Situation Analysis Studies*, New York: Population Council, 1998, pp. 199–216; Mayhew SH et al., Implementing the integration of component services for reproductive health, *Studies in Family Planning*, 2000, 31(2):151–162; Maggwa BN et Askew I, *Integrating STI/HIV Management Strategies into Existing MCH/FP Programs: Lessons from Case Studies in East and Southern Africa*, Nairobi, Kenya: Population Council, 1997; Chikamata D et al., Dual needs: contraceptive and sexually transmitted infection protection in Lusaka, Zambia, *International Family Plan-*

ning Perspectives, 2002, 28(2):96–104; Mayhew S, Integration of STI services into FP/MCH services: health service and social contexts in rural Ghana, *Reproductive Health Matters*, 2000, 8(16):112–124; et Dehne K et Snow R, 1999, op. cit. (voir référence 1).

25. Solo J et Maggwa BN, 1999, op. cit. (voir référence 3); et Maggwa BN et Askew I, 1999, op. cit. (voir référence 3).

26. Mayhew SH, 2000, op. cit. (voir référence 24).

27. Fonck K et al., Syphilis control during pregnancy: effectiveness and sustainability of a decentralized program, *American Journal of Public Health*, 2001, 91(5):705–707; et Maggwa BN et al., *A Case Study of Nairobi City Council's Decentralised Syphilis Screening Programme in Antenatal Clinics*, Nairobi, Kenya: Population Council, 2001.

28. Temmerman M et al., Declining syphilis prevalence in pregnant women in Nairobi since 1995: another success story in the STD field? *International Journal of STD & AIDS*, 1999, 10(6):405–408.

29. Gloyd S, Chai S et Mercer MA, Antenatal syphilis in Sub-Saharan Africa: missed opportunities for mortality reduction, *Health Policy and Planning*, 2001, 16(1):29–34.

30. Fonck K et al., Validity of the vaginal discharge algorithm among pregnant and non-pregnant women in Nairobi, Kenya, *Sexually Transmitted Infections*, 2000, 76(1):33–38.

31. Ronald A et Aral S, Assessment and prioritization of actions to prevent and control reproductive tract infections in the Third World, in: Germain A et al., réds., *Reproductive Tract Infections: Global Impact and Priorities for Women's Reproductive Health*, New York: Plenum Press, 1992.

32. Shelton JD, 1999, op. cit. (voir référence 6).

33. O'Reilly K, Dehne K et Snow R, 1999, op. cit. (voir référence 8).

34. Dehne K et Snow R, 1999, op. cit. (voir référence 1).

35. Askew I, Fassihian G et Maggwa N, 1998, op. cit. (voir référence 24); Maggwa BN et Askew I, 1997, op. cit. (voir référence 24); Mayhew SH et al., 2000, op. cit. (voir référence 24); et Chikamata D et al., 2002, op. cit. (voir référence 24).

36. Maggwa BN et Askew I, 1997, op. cit. (voir référence 24); et Mayhew SH et al., 2000, op. cit. (voir référence 24).

37. Solo J et Maggwa BN, 1999, op. cit. (voir référence 3); et Maggwa BN et Askew I, 1999, op. cit. (voir référence 3).

38. Vernon R et Foreit J, How to help clients obtain more preventive reproductive health care, viewpoint, *International Family Planning Perspectives*, 1999, 25(4):200–202.

39. O'Reilly K, Dehne K et Snow R, 1999, op. cit. (voir référence 8).

40. Ibid., p. 53.

41. Ibid.

42. Askew I, Fassihian G et Maggwa N, 1998, op. cit. (voir référence 24); et National Council for Population and Development/Macro International, *Kenya Service Provision Assessment Survey, 1999*, Calverton, MD, USA: Macro International, 2000.

43. Skibiak J, Ahmed Y et Ketata M, *Testing Strategies to Improve Access to Emergency Contraception Pills: Prescription vs. Prophylactic Distribution*, Nairobi, Kenya: Population Council, 1999; Ketata M, Skibiak J et Ahmed Y, *Emergency Contraception in Zambia: Setting a New Agenda for Research and Action*, Nairobi, Kenya: Population Council, 1998; et Ellertson C et al., Emergency contraception: randomized comparison of advance provision and information only, *Obstetrics & Gynecology*, 2001, 98(4):570–575.

44. Lazcano Ponce EC et al., 2000, op. cit. (voir référence 17).

45. Adeokun L et al., Promoting dual protection in family planning clinics in Ibadan, Nigeria, *International Family Planning Perspectives*, 2002, 28(2):87–95.

46. Dickson-Tetteh K, Pettifor A et Moleko W, Working with public sector clinics to provide adolescent-friendly services in South Africa, *Reproductive Health Matters*, 2001, 9(17):160–169; Senderowitz J, *Making Reproductive Health Services Youth Friendly*, Washington, DC: Pathfinder International, 1999; et Dehne K et Riedner G, Sexually transmitted infections among adolescents: the need for adequate health services, *Reproductive Health Matters*, 2001, 9(17):170–183.

47. Dehne K et Riedner G, 2001, op. cit. (voir référence 46).
48. Vuylsteke B et al., Where do sex workers go for health care? a community based study in Abidjan, Côte d'Ivoire, *Sexually Transmitted Infections*, 2001, 77(5):351-352.
49. Phillips J, Greene W et Jackson E, *Lessons from Community-Based Distribution of Family Planning in Africa*, Policy Research Division Working Papers, New York: Population Council, 1999, n° 121.
50. Foreit J, Improving reproductive health by involving men in community-based distribution, *Program Briefs*, Washington, DC: Population Council/Frontiers, 2001, n° 2.
51. Chege J, Askew I et Rannerman A, *An Assessment of the Community-Based Distribution Programmes in Ghana*, Nairobi, Kenya: Population Council/Frontiers, 2001.
52. Navrongo Health Research Center, *The Navrongo Community Health and Family Planning Project: Lessons Learned 1994-1998*, Navrongo, Ghana: Navrongo Health Research Center, 1999.
53. Dehne K et Snow R, 1999, op. cit. (voir référence 1); et O'Reilly K, Dehne K et Snow R, 1999, op. cit. (voir référence 8).
54. Janowitz B et al., Excess capacity and the cost of adding services at family planning clinics in Zimbabwe, *International Family Planning Perspectives*, 2002, 28(2):58-66; et Maggwa BN et Askew I, 1999, op. cit. (voir référence 3).
55. Dehne K et Snow R, 1999, op. cit. (voir référence 1).
56. Ibid.
57. Jain A et Bruce J, A reproductive health approach to the objectives and assessment of family planning programs, in Sen G et al., réds., *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment and Rights*, Boston, MA, USA: Harvard University Press, 1994; et Jain A, Implications for evaluating the impact of family planning programs with a reproductive health orientation, *Studies in Family Planning*, 2001, 32(3):220-229.
58. O'Reilly K, Dehne K et Snow R, 1999, op. cit. (voir référence 8).

Pour contacter l'auteur: iaskew@popcouncil.or.ke