

Quand est-il utile de considérer l'intégration des services IST et VIH à ceux du planning familial?

La question de savoir s'il convient d'intégrer les programmes et services de soins de santé primaires verticaux (santé maternelle, survie infantile, planning familial, etc.) n'est pas récente, et les arguments de part et d'autre ont été clairement articulés. Les services intégrés sont censés étendre l'accès aux services critiques ainsi que leur couverture, tout en améliorant leur efficacité et leur rentabilité, en réduisant la duplication des fonctions de prestation et en assurant plus de services par contact client.¹ De nombreux pays ont déjà intégré leurs services de planning familial à ceux de la santé maternelle et infantile.

La Conférence internationale de 1994 sur la population et le développement (CIPD) et l'escalade continue de l'épidémie du VIH/sida ont suscité un intérêt grandissant pour l'intégration des services du planning familial et de ceux du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles (IST). En dépit pourtant de l'ample littérature publiée sur la question, il n'y a guère de consensus quant à savoir ce que représente en pratique des services intégrés, quels services devraient être intégrés et si l'intégration empêche la poursuite de services autonomes.² Les discussions parlent souvent d'un «supermarché» de la santé, opéré par un personnel multifonction. Une étude laisse entendre que l'intégration des services «pourrait impliquer la liaison de plusieurs fonctions prestataires au point de prestation et exigerait certaines modifications des rôles du personnel, de l'allocation du temps et des critères de renvoi à d'autres services [souligné par nous]».³

Pour les besoins de ce commentaire, les services se définissent au sens large comme incluant l'éventail complet d'interactions entre prestataire et clientèle, du conseil et de la communication pour le changement comportemental à la réalisation de procédures cliniques et à la fourniture de médicaments ou d'autres produits. Deux services peuvent être considérés comme intégrés dès le moment où ils sont offerts dans le même établissement, durant les mêmes heures d'ouverture et où le prestataire d'un service encourage activement sa clientèle à consulter un autre service à l'occasion d'une même visite. Selon cette définition, les services intégrés peuvent, mais ne doivent pas nécessairement, être offerts au même endroit physique de l'établissement et par le même prestataire.

Les termes «programmes» et «point de prestation» ne sont pas synonymes. Les programmes fixent de larges objectifs en termes de population, tandis que les points de prestation individuels peuvent contribuer à certains seulement de ces objectifs. Les programmes de planning familial cherchent à stimuler la demande de planning fami-

lial, aider les individus à réaliser leurs intentions génésiques, encourager les hommes à s'investir plus en matière de santé génésique, offrir une information adéquate permettant des choix éclairés, et procurer un accès aisé à une variété de produits et services contraceptifs. Les programmes de contrôle des IST cherchent pour leur part à prévenir les nouvelles infections au sein de la population générale, à traiter les personnes présentant des symptômes d'infection, à améliorer les comportements en matière de consultation chez les personnes qui s'auto-diagnostiquent, à renforcer la détection et le traitement de celles atteintes d'infections asymptomatiques et à améliorer l'efficacité de la prise en charge et du traitement des cas d'IST.

L'intégration du planning familial dans la santé maternelle et infantile diffère à plus d'un égard de celle des services IST et VIH dans ceux du planning familial. D'abord, contrairement aux services de planning familial d'il y a 25 ans, de nombreux systèmes de santé publique disposent depuis longtemps de services IST, dépendant parfois de départements aussi éloignés que la dermatologie. Ensuite, la clientèle IST s'auto-diagnostique et s'auto-traite souvent et, enfin, les prestataires du secteur privé—les pharmacies surtout—représentent souvent, par opposition aux établissements publics, le premier point de contact pour la prestation de services.⁴

Nous sommes d'avis que tous les services ne devraient pas être intégrés dans tous les contextes, et que même certains services potentiellement intégrables devraient parfois être offerts séparément. Au moins trois arguments de poids s'opposent à l'intégration totale des services IST et HIV au planning familial.

Le premier est que la clientèle du planning familial ne présente pas nécessairement un risque disproportionné de contraction du VIH et d'autres IST, et que certains groupes associés aux risques élevés (les hommes et les jeunes) ne sont pas nécessairement disposés à s'adresser aux sites du planning familial. Les tentatives de comparaison de la prévalence des IST et du VIH parmi la clientèle du planning familial par rapport à la population générale sont rares, mais dans la mesure où les services de planning familial desservent les femmes en union, il est peu probable qu'ils attirent un grand nombre d'adolescents et d'autres populations vulnérables, tels que les «grands transmetteurs» d'IST et du VIH. Les faux diagnostics d'IST sont courants lorsque la prévalence est inférieure à 20%.⁵ La seule étude publiée sur la prévalence des IST parmi les clientes des services de consultation prénatale et de planning familial fait état d'une prévalence généralement faible: dans 17 études de 11 pays

Par Karen G. Fleischman Foreit, Karen Hardee et Kokila Agarwal

Karen G. Fleischman Foreit est associée senior, Karen Hardee est directrice à la recherche du POLICY Project et Kokila Agarwal est directrice adjointe à la santé génésique du POLICY Project, toutes au Futures Group International, Washington, DC.

TABLEAU 1. Exigences minimales de prestation du planning familial, de la prévention des infections transmissibles sexuellement (IST) et du VIH et des diagnostic et traitement des IST, par service spécifique et par composant

Composant	Planning familial			Prévention IST/VIH		Diagnostic et traitement IST	
	Conseil et promotion	Méthodes par approvisionnement	Méthodes cliniques	Promotion	Conseil et dépistage volontaires	Gestion syndromique	Clinique
Cible(s)/ clientèle(s) prioritaire(s)	Population générale; jeunes	Femmes et hommes sexuellement actifs; jeunes	Femmes en union; hommes en union	Population générale; jeunes; grands transmetteurs	Groupes à haut risque VIH auto-évalué	Hommes et femmes atteints d'ulcères génitaux; hommes présentant un écoulement urétral	Femmes et hommes sexuellement actifs; groupes à haut risque auto-évalué
Niveau de formation minimal	Distributeur communautaire	Distributeur communautaire; personnel formé à l'injection des injectables	Infirmière praticienne; médecin	Agent communautaire	Conseiller formé et technicien de laboratoire	Pharmacien; infirmière auxiliaire	Technicien de laboratoire; infirmière praticienne
Dossiers client(e)	Pas toujours tenu	Pas toujours tenu ou antécédents cliniques ordinaires	Antécédents cliniques ordinaires	Pas toujours tenu	Confidentiel	Antécédents cliniques ordinaires	Antécédents cliniques ordinaires
Temps de contact client(e)	Bref	Bref	Variable	Bref	Intensif	Bref	Variable
Fournitures et équipement	Matériel promotionnel	Matériel promotionnel produits; aiguilles, seringues et tampons imbibés d'alcool	Matériel promotionnel; produits et fournitures; instruments cliniques/ chirurgicaux	Matériel promotionnel	Matériel promotionnel	Matériel promotionnel; médicaments/ antibiotiques	Matériel promotionnel; réactifs, matériel d'hémoculture et autres tests; médicaments/ antibiotiques
Installations de laboratoire	Aucune	Aucune élimination des aiguilles	Généralement; aucune; désinfection des instruments	Aucune	Nécessaires de test VIH; élimination des aiguilles	Aucune	Microscope; élimination des aiguilles
Surveillance/ suivi de clientèle	Non	Limité	Limité	Non	Variable	Notification du partenaire	Notification du partenaire; retour pour résultats

N.B.: Les méthodes par approvisionnement incluent le préservatif, la pilule, les microbicides et les injectables; les méthodes cliniques incluent le stérilet, l'implant et la stérilisation.

publiées entre 1985 et 1998, la prévalence de la gonorrhée et du chlamydia s'est révélée inférieure à 10% dans 11 études, comprise entre 10 et 20% dans cinq études, et supérieure à 20% dans une étude seulement.⁶ Maintenant que la prévalence du VIH chez les clientes des services de consultation prénatale excède 20% en de nombreux endroits d'Afrique, la collecte de données relatives aux autres IST pourrait être opportune.

Les hommes forment une cible clé des services IST, et leurs besoins en termes de santé génésique diffèrent de ceux des femmes.⁷ L'on s'entend de plus en plus à croire que les centres de planning familial qui desservent les femmes n'attirent pas les hommes. Au Brésil, la clinique de vasectomie ProPater de Sao Paulo, qui n'a jamais offert de services aux femmes, remporte un succès remarquable. En Colombie, Profamilia a pour sa part triplé son nombre de vasectomies après avoir ouvert une porte séparée pour les hommes.⁸ D'aucuns ont avancé que les hommes «peuvent se sentir intimidés en présence d'un grand nombre de femmes dans les cliniques de planning familial ordinaires» et qu'ils se soucient peut-être davantage du caractère privé et confidentiel de leur démarche.⁹ Selon une analyse de littérature

effectuée en 1999, une meilleure couverture des IST a été possible grâce à la diversification et à des programmes spéciaux à l'intention des hommes plutôt que par l'intégration de services IST dans les centres de planning familial existants.¹⁰

Les jeunes, et tout particulièrement les jeunes femmes, représentent un nombre disproportionné d'IST et de nouvelles infections au VIH. Malgré leur besoin de nombreux services identiques à ceux de leurs aînés, les jeunes célibataires sexuellement actifs ne s'adressent généralement pas aux services de santé génésique existants. Leurs défenseurs préconisent désormais l'établissement de services séparés «ouverts aux jeunes», appelés à intégrer un vaste éventail de services de santé génésique, incluant le planning familial et les services IST et VIH.¹¹

Autre considération importante dans les décisions d'intégration ou non, les conditions pour la fourniture de prestations et de gestion des services de planning familial ne sont pas toujours opérationnellement compatibles avec celles des services IST et VIH. Pour évaluer le potentiel opérationnel de l'intégration du planning familial et des services IST et VIH, il faut préciser les services et les points de

prestation considérés. Les services de planning familial envisageables à l'intégration sont ceux du conseil et de la promotion, ainsi que la fourniture de méthodes contraceptives cliniques et par approvisionnement.* Parmi les services potentiellement intégrables associés à la prévention des IST et du VIH, on citera la promotion (communication pour le changement comportemental, double protection et distribution de préservatifs) et le conseil et dépistage volontaires du VIH. Pour le traitement des IST, ces services incluent la gestion syndromique des IST en cas d'écoulements urétraux chez l'homme et d'ulcères génitaux pour les deux sexes, et le diagnostic clinique et traitement des IST pour les femmes comme pour les hommes.

Chacun de ces services de santé génésique présente des conditions minimales de prestation de service qui définissent les contextes dans lesquels ils peuvent être offerts efficacement et sans risque aux clients. Ainsi, alors qu'un centre clinique peut être à même de dispenser la gamme complète de conseil et méthodes contraceptives, un distributeur à base communautaire peut être en revanche limité à l'offre d'un conseil général, des méthodes barrières et contraceptifs oraux et de l'orientation sur d'autres services pour les autres méthodes. De même, un établissement clinique pourrait offrir le dépistage d'IST d'une part et, d'autre part, le traitement approprié aux femmes atteintes de leucorrhée et la gestion syndromique aux clients atteints d'ulcères génitaux et aux hommes présentant des écoulements urétraux. Une pharmacie quant à elle serait limitée à la gestion syndromique des ulcères génitaux et des écoulements urétraux et à l'orientation sur d'autres services des femmes atteintes de leucorrhée. Les critères de prestation minimaux de ces services sont décrits au tableau 1.

Le troisième argument probant à l'encontre de l'intégration totale des services tient au manque de technologies simples et efficaces de diagnostic et de traitement des IST chez les femmes asymptomatiques ou atteintes de leucorrhée. La gestion syndromique est inapte à détecter les infections asymptomatiques et n'est pas suffisamment spécifique pour distinguer la leucorrhée causée par une IST de celle résultant d'autres causes. Il est également possible que le nombre d'infections détectées et traitées ne justifie pas le coût de l'ajout d'un dépistage clinique de routine des IST parmi la clientèle du planning familial.

Shelton soutient que l'intégration du planning familial et des services VIH et IST devrait s'inscrire parmi les priorités majeures en termes de prévention de la maladie mais qu'un tel modèle n'est pas viable en termes curatifs: «A ce niveau, malheureusement, l'approche curative primaire destinée aux femmes dans le contexte général du planning familial et de la santé maternelle et infantile (gestion syndromique) est difficile à mettre en œuvre, n'aura pas d'impact véritable sur l'épidémie du VIH et les IST et est largement inefficace».¹²

CONCLUSIONS

Qu'il s'agisse du planning familial ou de la prévention des IST et du VIH, les activités promotionnelles sont clairement intégrables dans les deux contextes de prestation.¹³ Au-

delà de la promotion, toutefois, il ne nous paraît bon d'envisager l'intégration de nouveaux services dans un contexte existant que dans la mesure où la clientèle existante a besoin de ces nouveaux services et que les conditions de fourniture de ces prestations sont compatibles avec celles des services existants.

À l'exception des infections qui provoquent un écoulement urétral chez l'homme et des ulcères génitaux pour les deux sexes, le diagnostic et le traitement des IST (VIH compris) ne sont ni faciles, ni bon marché. Il s'agit là du plus gros obstacle à l'intégration du planning familial et des services IST et VIH. Cela étant dit, les recommandations programmatiques suivantes nous paraissent pertinentes:

- Les services de planning familial dont la clientèle présente un haut risque d'IST ou d'infection au VIH devraient considérer l'intégration des seuls services IST et VIH dont les exigences de prestation peuvent être aisément assumées par la capacité existante du point de prestation. Dans les contextes cliniques tels que centres de santé et polycliniques, l'intégration peut être accomplie par le biais de l'orientation immédiate vers un autre prestataire, en un autre endroit du même établissement, pour autant que la personne concernée ne soit pas obligée de revenir un autre jour.

- Les services de planning familial dont la clientèle ne présente pas de risque élevé ou ne pouvant faire face aux exigences de prestation des services IST et VIH dans le cadre de leur capacité existante devraient se mettre en rapport avec les services appropriés vers lesquels ils pourraient ainsi orienter leur clientèle.

- Une concentration exclusive sur l'intégration des services IST et VIH dans ceux du planning familial serait vaine et ne résoudrait en soi le problème de l'amélioration de l'accès et de la couverture ni de l'un, ni de l'autre de ces services, en ce qui concerne les hommes surtout. Il conviendrait dès lors d'envisager aussi l'intégration de prestations de planning familial dans les centres de services IST et VIH, notamment dans les cliniques de prise en charge des IST, les centres de conseil et dépistage volontaires et les pharmacies.

- Étant donné que les jeunes célibataires sexuellement actifs courent un risque disproportionné, tant en termes de grossesses non planifiées que d'IST et d'infection au VIH, les services ouverts aux jeunes dans les contextes de haute prévalence des IST ou du VIH devraient considérer l'offre d'une gamme complète de services de santé génésique, non sans comprendre clairement qu'il en résultera vraisemblablement une hausse des coûts d'exploitation.

Une dernière note: les efforts actuels d'intégration du planning familial et des services IST et VIH se déroulent dans l'ombre de la réforme du secteur de la santé.¹⁴ Entreprise avant la CIPD, cette réforme considère la santé génésique comme l'un des nombreux programmes verticaux à intégrer au système global des soins de santé, souvent par le biais de formules «tout compris» qui incluent tous les services essentiels. Partout dans le monde, des pays tels

*Les méthodes cliniques incluent le stérilet, l'implant et la stérilisation, et celles par approvisionnement, le préservatif, la pilule, les microbicides et le contraceptif injectable.

que le Bangladesh, l'Inde, le Brésil, le Mexique, le Sénégal, l'Afrique du Sud, l'Ouganda et la Zambie définissent et appliquent ce type de formules «tout compris» de soins de santé. Les publications relatives à l'intégration qui placent la santé génésique dans le contexte de la réforme du secteur de la santé sont rares. Les décisions relatives aux formules de services essentiels sont d'ores et déjà en train d'être prises. La nécessité d'un consensus est urgente quant à savoir quels services IST et VIH et de planning familial il est pertinent d'intégrer, et dans quelles circonstances, ceci dans le but d'informer les efforts d'intégration entrepris dans le cadre de la réforme du secteur de la santé.

RÉFÉRENCES

1. Hardee K et Yount KM, *From Rhetoric to Reality: Delivering Reproductive Health Promises Through Integrated Services*, Women's Studies Program, n° WP95-01, Research Triangle Park, NC, USA: Family Health International, 1995.
2. Dehne K et Snow R, *Integrating STI Management into Family Planning Services: What Are the Benefits*, WHO/RHR/99.10, Genève: Organisation Mondiale de la Santé, 1999.
3. Hardee K et Yount KM, 1995, op. cit. (voir référence 1), p. 10.
4. Mayhew S et al., Pharmacists' role in managing sexually transmitted infections: policy issues and options for Ghana, *Health Policy and Planning*, 2001, 16(2):152-160.
5. Mausner JS et Kramer S, *Mausner & Bahn Epidemiology: An Introductory Text*, Philadelphia, PA, USA: W.B. Saunders, 1985.
6. Sloan NL et al., Screening and syndromic approaches to identify gonorrhea and chlamydial infection among women, *Studies in Family Planning*, 2000, 31(1):55-68.
7. Drennan M et al., New perspectives on men's participation, *Popula-*

tion Reports, 1998, série J, n° 46.

8. Vernon R, Operations research on promoting vasectomy in three Latin American countries, *International Family Planning Perspectives*, 1996, 22(1):26-31.
9. Lopez Suarez GA, Involving men in population activities: services for men through male clinics, International Council on Management of Population Programmes, <www.icomp.org.my/inno4/inno4c4.htm>, accédé en janvier 2002.
10. Dehne K et Snow R, 1999, op. cit. (voir référence 2); et Dehne KL, Snow R et O'Reilly KR, Integration of prevention and care of sexually transmitted infections with family planning services: what is the evidence for public health benefits? *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78(5):628-639.
11. Senderowitz J, *Making Reproductive Health Services Youth Friendly*, Research, Program and Policy Series, FOCUS on Young Adults Program, Washington, DC: Pathfinder International, 1999.
12. 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.
13. Chege J, Askew I et Bannerman A, *An Assessment of the Community-Based Distribution Programmes in Ghana*, Nairobi, Kenya: Population Council/FRONTIERS, 2000.
14. Merrick T, Delivering reproductive health services in health reform settings: challenges and opportunities, papier préparé pour le Adapting to Change Learning Program on Population, Reproductive Health and Health Sector Reform, Washington, DC: World Bank Institute, 2000, <www.worldbank.org/wbi/reprohealth>, accédé en janvier 2002; et Hardee K et Smith J, *Implementing Reproductive Health Services in an Era of Health Sector Reform*, Occasional Paper, Washington, DC: POLICY Project/Futures Group International, 2000, n° 4.

Pour contacter l'auteur: k.foreit@TFGI.com