

Intégration de la planification familiale aux autres services de santé: analyse documentaire

CONTEXTE: L'intégration de services de planification familiale aux autres prestations de santé peut être un moyen efficace de réduction du besoin non satisfait. Une meilleure compréhension des données d'intégration est cependant nécessaire.

METHODES: Les études qui évaluent l'intégration de la planification familiale à tous autres types de prestations de santé ont été identifiées par recherche dans cinq bases de données. Les critères d'inclusion suivants ont été appliqués: publication en anglais entre 1994 et 2009; plan pré- et post-test à groupe unique ou plan de contrôle ou comparaison à deux groupes; et rapport de résultat comportemental ou de santé génésique lié à la planification familiale.

RESULTATS: Neuf études se sont avérées conformes aux critères d'inclusion. Les interventions d'intégration vont de simples services d'orientation entre prestataires de services existants à l'intégration totale d'une éducation et de services communautaires. Une évaluation repose sur un plan quasi-expérimental; deux sur un plan de comparaison avec contrôle; deux sur un plan combiné; et le reste soit sur un plan pré- et posttest à groupe unique ou un plan transversal à deux groupes. Sept études observent des améliorations de résultats ayant trait à la planification familiale, bien qu'elles ne fassent pas toutes état de l'importance du changement observé; une fait état de résultats mixtes et une n'observe aucun effet. Parmi les études présentant les perspectives des prestataires, des clientes ou des membres de la communauté sur l'intégration, toutes font état d'une satisfaction générale. Aucune des études ne présente d'analyse économique.

CONCLUSIONS: Les données au soutien de l'intégration de la planification familiale aux autres services de santé demeurent faibles et une recherche d'évaluation bien conçue reste nécessaire. La recherche à venir devra faire état des résultats observés sur tous les plans de santé intégrés. Elle devra examiner de manière plus approfondie les perspectives des prestataires, des clientes et des membres de la communauté et évaluer la rentabilité de l'intégration.

Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique, numéro spécial de 2011, pp. 11–19

Par Anne Sebert
Kuhlmann,
Loretta Gavin et
Christine Galavotti

Anne Sebert Kuhlmann est consultante indépendante au MANILA Consulting Group, Inc., à McLean, en Virginia (USA). Loretta Gavin est scientifique-santé à la Division of Reproductive Health et Christine Galavotti est responsable à l'Applied Sciences Branch, Division of Reproductive Health—toutes deux aux Centers for Disease Control and Prevention à Atlanta, en Georgia (USA).

Malgré des décennies de progrès dans l'amélioration de l'apport et de la disponibilité de services de planification familiale, il existe toujours, dans de nombreux pays, de hauts niveaux de besoin non satisfait.¹ La situation laisse entendre la nécessité de nouvelles approches, aptes à étendre l'accès aux services de planification familiale aux femmes et aux couples qui désirent limiter ou espacer leurs naissances mais ne pratiquent actuellement pas la contraception. L'une de ces approches pourrait être l'intégration de la planification familiale à d'autres prestations de santé. Aussi logique l'intégration puisse-t-elle paraître, les résultats des efforts d'intégration des services de santé infantile² ou primaire³ à d'autres prestations laissent présager de nombreux défis logistiques et incitent à la prudence. Shelton et Fuchs signalent que la fragilité des systèmes de santé de nombreux pays limite parfois l'intégration efficace des services.⁴ Par conséquent, une base de données factuelle démontrant l'efficacité de l'intégration doit-elle être établie avant que ne soient consentis d'importants investissements dans la promotion de l'intégration en tant que réponse au besoin non satisfait de planification familiale.

De nombreuses études ont examiné l'intégration de la

planification familiale aux programmes de lutte contre le VIH/sida ou d'autres IST.^{5–9} D'autres analyses se sont penchées sur l'intégration des services de santé (et, dans certains cas, de ceux de planification familiale) aux programmes d'immunisation infantile¹⁰ ou de lutte contre la violence aux mains d'un partenaire intime.¹¹ Une étude a évalué l'intégration des services de soins de santé primaires en général.³ À notre connaissance, toutefois, aucune analyse complète n'a porté spécifiquement sur l'examen de l'intégration des services de planification familiale à n'importe quel type de prestations de santé. Nous avons par conséquent analysé la documentation existante en vue de cerner l'état actuel de la connaissance concernant l'efficacité d'une telle intégration.

METHODES

Nous avons cherché à identifier dans la littérature professionnelle les études quantitatives menées en quelquelqu'endroit du monde pour évaluer l'intégration des services de planification familiale à tout autre type de prestations de santé. Nous avons établi, empiriquement, deux critères d'inclusion dans notre analyse. D'abord, l'étude devait

concerner un résultat de santé comportementale ou de reproduction liée à la planification familiale: la prévalence contraceptive ou l'utilisation des services, par exemple. Ensuite, l'évaluation devait suivre soit un plan pré- et post-test à groupe unique ou un plan de contrôle ou comparaison à deux groupes. Ces critères ont été établis pour faciliter l'évaluation de la solidité des données concernant l'efficacité de l'intégration.

La recherche a été effectuée dans cinq bases de données contenant les résumés de revues professionnelles relatives à la santé publique: PubMed, Embase, CABDirect,* PsycINFO et Social Sciences Citation Index. Nous avons sélectionné ces bases de données de manière à couvrir un large éventail géographique et disciplinaire. Pour la recherche en soi, nous avons combiné un terme relatif à la planification familiale («family planning», «birth spacing», «birth control», «contraception», «pregnancy planning» ou «pregnancy prevention») et un terme relatif à l'intégration («integration», «bundling» ou «twinning»). Nous avons limité la recherche aux articles publiés en anglais entre 1994 et la mi-2009. Ayant tout d'abord considéré une période de 10 ans (1999 à 2009), nous l'avons élargie à 15 ans face au faible nombre d'articles pertinents.

Nous avons ainsi identifié 581 résumés uniques, dont 80 pertinents à l'objet de notre analyse. Deux d'entre nous (A.S. Kuhlmann et L. Gavin) ont examiné séparément tous les articles pertinents et atteint le consensus par discussion. Des 80 articles considérés, beaucoup étaient des commentaires ou des études transversales descriptives non conformes à nos critères d'inclusion. En fin de compte, neuf articles conformes à nos deux critères sont inclus dans l'analyse présentée ici.†

Lors de l'examen de ces articles, nous avons prêté tout particulièrement attention à l'intervention d'intégration et à son évaluation. Nous n'avons pas pu identifier de désignation terminologique convenue pour décrire les caractéristiques distinctes des efforts d'intégration et avons dès lors désigné et défini plusieurs approches potentielles avant de procéder à l'analyse. Selon un processus itératif, nous avons ensuite raffiné les termes et leur définition de manière à refléter le mode de mise en œuvre de l'intégration dans les différentes études.

Les caractéristiques d'intervention que nous avons considérées incluent le type de service de santé intégré à la planification familiale, le lieu de l'intégration (clinique, communauté ou les deux) et l'approche de l'intégration (tableau 1). Nous avons classifié les approches de l'intégration en cinq catégories: orientation vers les services appropriés, partenariats communautaires, coordination de

prestations, formations transversales et approches structurelles. Dans les interventions d'orientation, les membres du personnel prestataire d'un type de service encouragent leurs clientes à recevoir ou obtenir ceux d'autres prestataires dans un contexte clinique. Dans les partenariats communautaires, le personnel prestataire d'un service clinique oriente les clientes vers des membres de la communauté spécialement formés ou des agents de proximité en vue de l'obtention d'un ou plusieurs services en dehors du contexte clinique (ou vice-versa). La coordination de prestations implique l'obtention par les clientes de services multiples fournis par de multiples prestataires au même endroit et durant une même visite (selon le modèle de l'accès centralisé).

Les formations transversales impliquent l'élargissement de la formation du personnel de sorte qu'il puisse assurer plus d'un type de service de santé à une cliente à l'occasion d'une même consultation. Enfin, l'intégration structurelle consiste à changer l'infrastructure et l'administration des services de santé pertinents de manière à les assurer de façon plus continue: en créant par exemple un dossier médical unique pour la mère et l'enfant ou en éliminant les règles de limitation des services de planification familiale à certaines heures particulières. Plusieurs approches de l'intégration peuvent être mises en œuvre en même temps.

Nous avons utilisé un système à plusieurs niveaux adapté du *Guide to Community Preventive Services* pour évaluer la solidité du plan d'étude de chaque évaluation.¹² Ce guide présente un système bien établi mis au point par les Centers for Disease Control and Prevention et leurs partenaires pour l'analyse de l'information factuelle en matière de santé publique. Notre adaptation a classifié la solidité d'un plan sur quatre niveaux: supérieur, moyen, passable et faible. Les plans d'étude qualifiés de supérieurs reposent sur des «groupes de comparaison simultanés et la mesure prospective d'exposition et de résultat».¹² Le niveau moyen comprend les plans rétrospectifs, y compris les plans comparatifs cas-témoins. Nous avons qualifié de passables les études combinant un plan pré- et post-test à groupe unique avec un groupe de comparaison transversal, ou à pré- et post-tests multiples sans groupe de comparaison (série temporelle). Enfin, les plans à «pré- et post-mesure simple sans groupe de comparaison concomitant» ou transversaux à deux groupes ont été jugés les moins aptes à contribuer à une base factuelle.¹² Les études reposant sur les plans plus faibles, comme ceux transversaux à groupe unique, ne sont pas inclus dans l'analyse.

Enfin, pour examiner l'effet de l'intervention d'intégration sur les résultats ayant trait à la planification familiale, nous avons évalué l'ampleur et la signification statistique des changements signalés en termes de prévalence contraceptive ou d'utilisation des services. L'ampleur et la signification statistique des changements documentés au niveau des variables de résultat des autres services de santé (hors planification familiale) sont aussi évaluées. Nous avons par ailleurs noté si les études font état des perspec-

*Nous avons commencé la recherche dans la base de données Global Health, classifiée sous CABDirect avant la conclusion de notre analyse.

†Des 71 articles restants, 11 étaient des analyses relatives à d'autres sujets ou aspects de l'intégration, 20 des éditoriaux ou des commentaires sur l'intégration, 15 décrivaient (ou évaluaient) les approches générales de la prestation de services ou de l'intégration et 25 présentaient en détail des expériences programmatiques spécifiques mais sans plan pré-post ou groupe de comparaison (11) ou sans rapport de résultats relatifs à la planification familiale (14).

TABLEAU 1. Caractéristiques sélectives d'études d'évaluation de l'impact de l'intégration des services de planification familiale à d'autres prestations de santé, 1994–2009, en fonction de la solidité du plan d'étude

Étude	Pays	Solidité du plan d'étude	Lieu		Approche					Résultats planification familiale		
			Clinique	Communauté	Orientat-ion	Partenariats communaux	Coordina-tion des services	Formation transversale	Structurelle	Amélio-rations rapportées	Signification statistique indiquée	
Huntington et Aplogan, 1994 ¹⁸	Togo	Supérieur	X		X						Oui	Oui
Alvarado et al., 1999 ¹⁵	Chili	Moyen	X	X		X	X		X		Non	Non
Fullerton et al., 2003 ¹⁹	Ghana	Moyen	X					X			Oui	Oui
Bossyns et al., 2002 ¹⁶	Niger	Passable	X					X	X		Oui	Non
Lundgren et al., 2005 ¹⁴	El Salvador	Passable		X		X					Mixtes	Oui
Amin et al., 2001 ¹³	Bangladesh	Phase 1: Passable Phase 2: Faible	X	X		X					Phase 1: Oui Phase 2: Oui	Phase 1: Non Phase 2: Oui
Adeokun et al., 2002 ¹⁷	Nigeria	Faible	X					X	X		Oui	Non
Douthwaite and Ward, 2005 ²⁰	Pakistan	Faible		X		X					Oui	Oui
Paxman et al., 2005 ²¹	Inde	Faible		X		X					Oui	Non

tives des clientes, des prestataires ou des membres de la communauté à l'égard des services intégrés.

RÉSULTATS

Des neuf articles inclus dans l'analyse, huit ont été publiés entre 1999 et 2009. Les neuf études laissent entendre que l'intégration de la planification familiale à d'autres prestations de santé se produit un peu partout dans le monde et que l'Afrique subsaharienne, l'Asie du Sud-Est et l'Amérique centrale et du Sud sont toutes représentées (tableau 1). Sans qu'il s'agisse là d'un critère d'inclusion, toutes les études avaient été effectuées dans le monde en développement.

Lieu et approche

Les études incluent des interventions cliniques et communautaires; elles reposent sur différentes approches (tableau 1) et sont intégrées à un large éventail d'autres services de santé (tableau 2, pages 14–15). Le plus souvent, la planification familiale est intégrée à une forme ou l'autre de service de santé existant pour les mères, les enfants ou les deux (le Programme d'immunisation étendue, par exemple). D'autres interventions intègrent la planification familiale aux services déjà proposés aux femmes sexuellement actives (les programmes de lutte contre le VIH/sida, notamment).

Deux études^{13,14} portent l'effort d'intégration de la planification familiale au-delà de son cadre habituel en l'associant à de plus larges interventions de santé. Lundgren

et ses collègues décrivent une intervention au Salvador qui, dans l'espoir de renforcer la participation des hommes, a intégré la sensibilisation à la planification familiale et l'orientation vers les services la concernant à un programme d'assainissement des eaux existant à base de visites à domicile et de réunions communautaires.¹⁴ Amin et ses collègues décrivent pour leur part un effort de collaboration, au Bangladesh, entre une ONG et le gouvernement local concernant l'apport d'une assistance au microcrédit et à l'immunisation infantile en combinaison avec la sensibilisation à la planification familiale, l'orientation vers ses services et l'offre de produits de planification familiale non cliniques.¹³

De nombreuses interventions sont assorties d'un composant communautaire explicite conçu pour atteindre la clientèle potentielle de la planification familiale qui risquerait sinon d'échapper à un programme clinique statique. La mesure de ce composant varie cependant largement, de simples visites à domicile par les agents sanitaires à la pleine mobilisation de la communauté. Deux études combinent en outre les stratégies d'intervention clinique et communautaire. Dans la première, Alvarado et ses collègues évaluent une intervention chilienne dans laquelle des agents de santé communautaires formés effectuent des visites à domicile aux femmes enceintes; la structure des procédures cliniques est par ailleurs modifiée de manière à ce que la mère et l'enfant partagent un même dossier clinique et bénéficient de consultations simultanées durant l'année post-partum.¹⁵ Par contre, l'étude du Bangladesh

TABLEAU 2. Interventions, plans d'étude et résultats d'études d'évaluation d'impact de l'intégration des services de planification familiale à d'autres prestations de santé, 1994–2009

Étude	Intervention	Plan d'étude, collecte des données et échantillon	Résultats de planification familiale et autres
Adeokun et al., 2002 ¹⁷	<ul style="list-style-type: none"> Les prestataires de la planification familiale ont été formés à conseiller les clientes sur la double protection et leur ont fourni le préservatif féminin (d'abord gratuitement, puis au prix de 0,10 dollars), en plus de conseils de prévention du VIH/sida. Un système d'information de gestion incluant la double protection a été élaboré et mis en œuvre. Prestataires sous contrôle et obligation de rencontre mensuelle avec l'organisme de formation. 	<ul style="list-style-type: none"> Plan pré- et post-test à groupe unique avec méthodes mixtes; sans groupe de comparaison. À la base, les évaluateurs ont effectué des observations structurées de 325 échanges prestataire/cliente et mené des interviews de sortie de 175 clientes; au suivi, ils ont observé 289 échanges prestataire/cliente, mené des interviews de sortie avec 289 clientes, interviewé 10 prestataires et animé des groupes de discussion avec prestataires, clientes et représentants de la communauté. Des statistiques de services ont été collectées dans toutes les cliniques. Les prestataires ont interviewé au suivi 47 clientes qui avaient accepté la double protection. 	<ul style="list-style-type: none"> La proportion de consultations avec distribution de préservatifs est passée de 2% à 9% (valeur p non indiquée). La proportion de nouvelles clientes conscientes de la double protection est passée de 8% à 50% (valeur p non indiquée). La proportion de consultations de nouvelles clientes avec conseil de double protection personnalisé est passée de 28% à 67% (p<0,05).
Alvarado et al., 1999 ¹⁵	<ul style="list-style-type: none"> Les prestataires et les agents sanitaires de communauté pour la santé maternelle et infantile et la santé génésique ont changé leurs procédures de façon à permettre les consultations communes de la mère et de l'enfant, le partage d'un même dossier clinique et d'un même nombre de consultations post-partum. Les agents sanitaires de communauté ont apporté un conseil individuel et de groupe, y compris deux consultations prénatales à domicile, une consultation en maternité et des séances de groupe mensuelles post-partum. 	<ul style="list-style-type: none"> Plan d'étude cas-témoins Examen des dossiers cliniques de 200 femmes vivant dans le quartier de la clinique d'intervention qui avaient été enceintes et de 200 mères et enfants à la première consultation postnatale de suivi à la clinique témoin. Les enquêteurs ont mené des entretiens en profondeur avec 35 femmes fréquentant la clinique d'intervention et quatre prestataires à la clinique, et animé trois groupes de discussion avec les femmes fréquentant la clinique. 	<ul style="list-style-type: none"> Proportion de femmes ayant adopté la contraception pendant l'année post-partum similaire aux cliniques d'intervention et témoin (92% et 96%; valeur p non indiquée) Hauts niveaux de satisfaction exprimés par les prestataires et les clientes de la clinique d'intervention à l'égard du programme (sondage non effectué à la clinique témoin) À six mois post-partum, 74% des enfants à la clinique d'intervention et 10% de ceux à la clinique témoin étaient nourris exclusivement au sein (p=0,0001). Malgré des poids et tailles similaires à la naissance, les enfants suivis à la clinique d'intervention pesaient plus et étaient plus grands que ceux suivis à la clinique témoin à six mois (p=0,03 et p<0,001, respectivement) et à 12 mois (p<0,001 aux deux points de suivi).
Amin et al., 2001 ¹³	<ul style="list-style-type: none"> L'intervention a intégré la planification familiale aux programmes de microcrédit et d'immunisation infantile. À la phase 1, des campagnes de sensibilisation de porte à porte ont apporté planification familiale non clinique et immunisations infantiles; des réunions de groupe ont été organisées parmi les bénéficiaires de microcrédit. À la phase 2, l'intervention a ajouté une formule de soins curatifs cliniques et de services de santé infantile et génésique. 	<ul style="list-style-type: none"> À la phase 1, de simples pré- et post-tests ont été effectués dans les zones expérimentales (656 et 2.105 femmes enquêtées, respectivement) et des post-tests ont été menés dans les zones de comparaison (1.721 femmes) À la phase 2, une enquête post-test a été menée parmi 1.068 femmes dans les zones expérimentales et 700 femmes dans les zones de comparaison. 	<ul style="list-style-type: none"> À la phase 1, la prévalence contraceptive a augmenté de 28% à 53% parmi les femmes des zones expérimentales et s'est avérée supérieure dans les zones expérimentales (53%) par rapport à celles de comparaison (38%); valeurs p non indiquées. À la fin de la phase 2, les membres des programmes de microcrédit étaient plus susceptibles que les non membres de déclarer la pratique courante de la contraception (rapport de probabilités, 1,5; p<0,01) et d'utiliser une clinique statique de planification familiale (1,70; p<0,05), après correction des caractéristiques de contexte. La couverture de l'immunisation infantile contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos est passée, dans les zones expérimentales, de 83% à 94%, tandis qu'elle restait similaire, au suivi, à celle des zones de comparaison (96%). De même, la couverture de l'immunisation antitétanique parmi les femmes des zones expérimentales est passée de 81% à 90%, pour rester cependant similaire, au suivi, à celle des zones de comparaison (86%); valeurs p non indiquées.
Bossyns et al., 2002 ¹⁶	<ul style="list-style-type: none"> Les services de planification familiale ont été intégrés aux prestations curatives, aux soins postnatals et aux consultations des enfants de moins de cinq ans. De nouvelles instructions opérationnelles ont été définies, y compris des changements de procédure par ex.: fourniture de six cycles de contraceptifs, des changements de structure (par ex.: élimination des cliniques de planification familiale spécialisées) et des changements d'attitude (par ex.: offre de la planification familiale à toutes les femmes admises). Visites de supervision mensuelles dans tous les centres de santé. 	<ul style="list-style-type: none"> Plan pré- et post-tests multiples; sans groupe de comparaison. Données obtenues de cinq années de statistiques d'utilisation des services au niveau du district (intervention mise en œuvre à la fin de la troisième année) et de l'observation directe de trois centres de santé avant (N=277) et après (N=403) la mise en œuvre. 	<ul style="list-style-type: none"> Le nombre annuel d'années-couples de protection contraceptive a augmenté entre les trois années antérieures à l'intervention (487–566) et les deux années postérieures (920–1109). Le nombre de nouvelles utilisatrices de la contraception a aussi augmenté de 489–568 à 1.496–1.509. Les valeurs p ne sont indiquées pour aucun des résultats. Les résultats autres que de planification familiale ne sont pas indiqués.

TABLE 2. suite

Étude	Intervention	Plan d'étude, collecte des données et échantillon	Résultats de planification familiale et autres
Douthwaite et Ward, 2005 ²⁰	<ul style="list-style-type: none"> Des agents sanitaires féminines ont apporté des services de santé maternelle et infantile à domicile et ont été chargées de promouvoir le recours à la planification familiale, avec offre de pilules et préservatifs et orientation vers les prestataires autorisés à offrir les injections, le stérilet et la stérilisation. 	<ul style="list-style-type: none"> Plan post-test dans les zones d'intervention et de comparaison. Échantillon de 3.346 femmes rurales mariées de 15 à 49 ans dans les zones d'intervention et de 931 dans les zones témoins. Comparaisons complémentaires avec l'enquête nationale. 	<ul style="list-style-type: none"> La proportion de femmes utilisant la contraception moderne s'est avérée supérieure dans les zones d'intervention (20%) par rapport aux zones témoins (14%) ou à l'enquête nationale (15%; valeurs p non indiquées). Les femmes des zones d'intervention se sont révélées plus susceptibles que celles des zones témoins de déclarer la pratique de la contraception moderne réversible (rapport de probabilités corrigé, 1,50; p=0,03). Les résultats autres que de planification familiale ne sont pas indiqués.
Fullerton et al., 2003 ¹⁹	<ul style="list-style-type: none"> Les prestataires de la planification familiale dans l'est du Ghana ont été formés pour intégrer à leurs prestations les soins d'IST et après avortement. Formation de prestataires ciblés dans certains districts de la région. 	<ul style="list-style-type: none"> Plan d'étude cas-témoins; 1996-1998 Données obtenues de l'observation de 24 établissements cas et 19 témoins, examen des dossiers cliniques de tous les établissements et entretiens avec 48 prestataires ou directeurs de clinique et 37 clientes. 	<ul style="list-style-type: none"> Le nombre annuel de clientes de la planification familiale a augmenté dans les établissements d'intervention (de 2.300 à 3.000), tandis que la hausse était faible dans ceux de comparaison (de 2.600 à 2.700); valeurs p non indiquées. Le nombre de clientes continuantes de la planification familiale vues par mois a augmenté dans les établissements cas (de 113 à 164; p=0,02) mais pas dans ceux témoins, sans qu'on observe toutefois de différence dans le nombre de clientes nouvelles ou continuantes entre les établissements cas et témoins. Le nombre d'établissements cas assurant des prestations IST est passé de 6-7 à 10-11, tandis que le nombre annuel de clientes IST de ces établissements passait de 50 à 340; deux établissements témoins seulement offraient des services IST. Les établissements d'intervention ont assuré des soins après avortement à 136-426 clientes par an; aucun établissement témoin n'a déclaré offrir ces services.
Huntington and Aplogan, 1994 ¹⁸	<ul style="list-style-type: none"> Avant l'administration de vaccins dans le cadre du Programme d'immunisation étendue (PIE), les prestataires ont fait trois simples déclarations orientant les mères vers les services de planification familiale disponibles à l'occasion de la même visite et dans le même établissement (mais auprès de prestataires distincts) 	<ul style="list-style-type: none"> Plan quasi-expérimental à deux groupes Échantillon stratifié de 16 cliniques urbaines et rurales, affectées aléatoirement comme cliniques tests ou témoins (procédures de randomisation non décrites). Interview de sortie pré- et post-test de 1.000 mères sélectionnées aléatoirement dont les enfants avaient été vaccinés (procédures de randomisation non décrites). Questionnaires post-test auto-administrés soumis à tous les prestataires du PIE dans les cliniques tests. Données d'utilisation des services obtenues dans toutes les cliniques. 	<ul style="list-style-type: none"> La proportion des femmes déclarant que la planification familiale leur a été mentionnée dans le cadre des prestations du PIE est passée de 9% à 21% dans les cliniques tests mais est restée stable (environ 9%) dans celles témoins (valeur p non déclarée). Le nombre moyen mensuel de nouvelles adeptes de la planification familiale a augmenté dans les cliniques tests (de 200 à 307; p<0,001) mais pas dans celles témoins. Le nombre moyen mensuel de clientes de la planification familiale a augmenté dans les cliniques tests (de 1.035 à 1.311; p<0,001) mais pas dans celles témoins. Le nombre moyen de doses de vaccin administrées par mois a augmenté dans les cliniques tests comme dans celles témoins. 90% des prestataires PIE ont estimé que les orientations avaient affecté les consultations PIE; pour 96% d'entre eux, l'effet était positif.
Lundgren et al., 2005 ¹⁴	<ul style="list-style-type: none"> L'intégration a incorporé les services de planification familiale (apport d'information, préservatifs, collier du cycle et orientations) aux projets d'assainissement des eaux existants dans les villages ruraux. Les membres des communautés ont été sensibilisés à travers les discussions de groupe animées par le personnel de l'ONG et ses bénévoles et lors de visites à domiciles par des bénévoles formés. 	<ul style="list-style-type: none"> Pré- et post-test à groupe unique dans la zone d'intervention + post-test avec groupe de comparaison. Enquêtes d'échantillons indépendants de ménages à la base (N=341) et au suivi (N=364). 	<ul style="list-style-type: none"> La prévalence de la pratique contraceptive dans la zone d'intervention est passée de 44% à 63% (p≤0,001) parmi les hommes sans toutefois augmenter parmi les femmes. Au suivi, la pratique contraceptive parmi ceux exposés à l'intervention s'est avérée similaire à celle de ceux non exposés tant pour les femmes (57% vs. 48%) que pour les hommes (65% vs. 62%). Les résultats autres que de planification familiale ne sont pas indiqués.
Paxman et al., 2005 ²¹	<ul style="list-style-type: none"> La planification familiale a été intégrée aux services de santé infantile à travers le Programme d'Initiatives locales de l'Inde. Le programme a établi le partenariat entre équipes communautaires et personnel sanitaire de l'État, agents de développement et dirigeants locaux; les membres de la communauté ont été impliqués dans la planification, la mise en œuvre et la mobilisation de ressources. Les femmes ont reçu information, orientation vers les cliniques et réapprovisionnements en pilules et préservatifs. 	<ul style="list-style-type: none"> Plan pré- et post-test à groupe unique. Trois ONG travaillant dans différentes zones de projet ont mené chacune des enquêtes de référence et de suivi et ont été laissées libres d'adopter leur propre approche et instrument de mise en œuvre. Deux ont choisi l'approche de l'OMS et du sondage par grappes de 30 ménages et la troisième a eu recours à un échantillon de base de 7.400 hommes et femmes. Les autres détails de plan d'étude, taille et caractéristiques d'échantillon ne sont pas indiqués. Comparaisons supplémentaires à une enquête nationale proche de la référence. 	<ul style="list-style-type: none"> La prévalence contraceptive a augmenté de 10-39 points de pourcentage dans les trois zones de projet (valeurs p non indiquées). La proportion de femmes enceintes ayant bénéficié de soins prénatals complets a augmenté de 22-49 points de pourcentage dans les trois zones (valeurs p non indiquées). La proportion d'enfants pleinement immunisés a augmenté de 27-42 points de pourcentage dans les trois zones (valeurs p non indiquées).

commence telle une intervention de porte à porte pour évoluer ensuite vers l'intégration clinique statique.¹³

Les méthodes d'apport des services intégrés diffèrent aussi. Les cinq études à partenariat communautaire suivent le modèle selon lequel des membres spécialement formés de la communauté ou des agents de proximité assurent l'information, la sensibilisation et les services non cliniques, tout en veillant aussi à l'orientation vers les services cliniques. Aucune ne fait état d'une orientation par le personnel clinique vers les membres formés de la communauté ou les agents de proximité en vue de l'obtention de services complémentaires.

Outre l'étude chilienne, deux interventions impliquent des changements de structure substantiels concernant l'organisation et l'administration des services. Au Niger, les cliniques de planification familiale ont été abolies, faisant place à des services offerts à des heures et endroits moins limités.¹⁶ Au Nigéria, un système d'information de gestion intégré couvrant la planification familiale et la prévention du VIH et autres IST a été mis en œuvre.¹⁷

Solidité des plans d'étude

L'étude de Huntington et Aplogan est la seule dont le plan a été qualifié en tant que supérieur. Il s'agit aussi de la première étude publiée pendant la période considérée (1994).¹⁸ Les deux études qualifiées de moyennement solides reposent sur des plans de comparaison cas-témoins, bien que la qualité du groupe de comparaison diffère entre les deux: les groupes d'intervention et de comparaison sont plus comparables au Ghana qu'ils ne le sont au Chili et l'étude du Ghana repose sur une stratégie d'échantillonnage aléatoire alors que celle du Chili applique l'échantillonnage de convenance.^{15,19} Deux des trois études qualifiées de passables^{13,14} combinent la mesure pré- et post-test à groupe unique avec des plans transversaux à deux groupes moyennant la réalisation d'enquêtes de base avec les seules participantes potentielles puis inclusion des participantes comme des non-participantes dans l'enquête de suivi; la troisième repose sur plusieurs mesures pré- et post-test (en série temporelle) mais n'inclut de groupe de comparaison à aucun point de mesure.¹⁶

Résultats

• *Mesures relatives à la planification familiale.* Les études d'interventions axées sur des composants cliniques tendent à rapporter des résultats d'utilisation des services, tandis que celles à composants communautaires ont davantage tendance à rapporter des données de pratique et de prévalence contraceptive. Sept études^{13,16-21} font état d'améliorations au niveau d'un résultat comportemental ou de santé reproductive relatif à la planification familiale, mais toutes n'indiquent pas le degré de signification de ces améliorations. Les deux autres études font état de résultats mixtes en ce qui concerne la planification familiale¹⁴ ou n'observent aucune amélioration.¹⁵ Aucune étude ne signale d'effet négatif de l'intégration sur un résultat ayant trait à la planification familiale.

L'étude quasi-expérimentale et l'une de celles cas-témoins ont signalé d'un accroissement statistiquement significatif du nombre moyen de nouvelles clientes¹⁸ ou de clientes continuantes¹⁹ de la planification familiale dans les cliniques soumises à l'intervention, par rapport à l'absence de tout accroissement de la sorte dans les cliniques témoins. Au Pakistan, le recours aux contraceptifs modernes réversibles est significativement supérieur parmi les répondantes des zones d'intervention, même après correction des caractéristiques communautaires, de ménage et individuelles.²⁰ Ces études rapportent toutes trois le degré de signification statistique de leurs résultats relatifs à la planification familiale.

Plusieurs autres études rapportent d'importants gains de points de pourcentage dans leurs résultats de planification familiale. Ainsi, la prévalence contraceptive auto-déclarée se révèle en hausse de 10 à 39 points de pourcentage en Inde²¹ et de 25 points au Bangladesh;¹³ le nombre de consultations de planification familiale donnant lieu à la distribution de préservatifs augmente d'environ sept points de pourcentage au Nigeria;¹⁷ et un indice composite d'adoption contraceptive passe de moins de 1% à 23-29% au Niger (non indiqué).¹⁶ La signification statistique de ces accroissements n'est cependant pas indiquée, rendant malheureusement difficile l'évaluation de leur pertinence.

Lundgren et ses collègues font état de résultats mixtes pour la planification familiale.¹⁴ Ils observent un accroissement de la pratique contraceptive autodéclarée parmi les participants de sexe masculin, mais pas parmi leurs homologues féminines. De plus, au suivi, la pratique contraceptive ne diffère pas entre les participants et non-participants au programme, côté masculin comme féminin. Cela sans compter qu'étant donné le plan d'étude, on ne peut exclure que les changements observés dans la pratique contraceptive des hommes au suivi aient eu pour cause, plus que l'intervention en soi, les événements historiques qui se déroulaient alors au Salvador.

L'étude cas-témoins d'Alvarado et collègues, concernant l'intégration des services au Chili,¹⁵ ne conclut pas à un effet positif sur les résultats de planification familiale. Le taux d'adoption de la contraception ne diffère guère entre la clinique d'intervention et celles de comparaison. Cela en dépit de la disponibilité d'une gamme plus vaste de méthodes à la clinique d'intervention, qui les offrait de plus gratuitement dans un premier temps (par rapport à de faibles prix dans les cliniques de comparaison). La clinique d'intervention signale cependant des résultats significativement supérieurs en termes d'allaitement maternel exclusif et de poids et taille des enfants.

• *Autres résultats.* Certaines études présentent des indicateurs de succès et d'acceptabilité de l'intégration autres que de nature strictement relative à la planification familiale (bilans d'autres services de santé et perspectives des clientes sur l'intégration, notamment). Les six études rapportant des résultats relatifs aux autres services de santé concernés par l'intégration font toutes état d'améliora-

tions.^{13,15,17-19,21} Le degré de signification de leurs observations n'est cependant pas toujours indiqué.

De même, les trois études faisant état des perspectives des prestataires, des clientes ou des membres de la communauté à l'égard de l'intervention d'intégration signalent des réactions positives (non indiqué).^{14,15,18} Pour le Salvador, pratiquement tous les participants jugent bénéfique l'intégration de l'information sur la planification familiale aux programmes d'assainissement des eaux.¹⁴ Au Togo et au Chili, la plupart des prestataires estiment l'intégration propice à l'apport de services.^{15,18} Cela dit, les études faisant état des réactions des clientes et des prestataires ne fournissent qu'une information limitée: elles ne disent notamment rien de leurs perceptions des inconvénients et des défis potentiels de l'intégration.

DISCUSSION

Les efforts d'intégration ont été évalués un peu partout dans le monde. Les interventions ont revêtu différentes formes. La plupart des efforts se sont concentrés sur l'intégration de la planification familiale à d'autres services de santé génésique, sexuelle ou de l'enfant. Quelques-unes ont cependant tenté l'intégration au-delà des prestations de santé traditionnelles. Il n'existe par ailleurs aucun modèle spécifique d'intégration. Bien que toutes les interventions aient intégré, ajouté ou assorti la planification familiale à divers autres services de santé, chacune a procédé à sa manière, unique et distincte en termes de services intégrés, de lieu de prestation et d'approche de l'intégration.

Ce manque de consensus quant à la nature de l'intégration complique le dialogue qui permettrait d'en déterminer la meilleure approche. Tandis que se poursuivent les débats sur la valeur de l'intégration et ses différentes formes, il apparaît nécessaire de raffiner les définitions de l'intégration et d'en clarifier les approches. En guise de première étape vers une taxonomie commune, nous avons présenté une terminologie apte à classer les différents lieux et approches. Peut-être sera-t-il utile de raffiner et d'étendre cette taxonomie à mesure que se développera notre connaissance de l'intégration. L'usage d'une terminologie commune devrait cependant faciliter la mise au point d'une base factuelle, de même que les échanges entre prestataires, responsables de la mise en œuvre des programmes et chercheurs.

Bien qu'il semble aller de soi que l'intégration donne lieu à une réduction des occasions de service manquées et à une efficacité potentiellement accrue des prestations, les données à l'appui de ces arguments demeurent insuffisantes. À l'image des analyses d'efforts d'intégration antérieures,^{3,7} notre étude révèle la qualité générale souvent faible des études réalisées, souvent sur la simple base d'un plan à groupe unique ou transversal. Ainsi, même si ces études contribuent à la base de connaissances et peuvent aider à poser les hypothèses de la recherche à venir, leur apport à l'établissement d'une base factuelle quant à l'utilité et l'efficacité de l'intégration à l'amélioration des résultats de la planification familiale reste limité. On n'en no-

tera pas moins que deux des trois études dotées de plans plus robustes font bel et bien état d'améliorations significatives au niveau de ces résultats.

Si la faiblesse générale des plans d'étude limite l'établissement de causalité, la constance des résultats laisse entendre les effets positifs de l'intégration sur les bilans de planification familiale. Il est cependant difficile d'en cerner l'impact global faute d'uniformité de l'approche, des plans d'étude, des résultats et de l'information rapportée. Cette analyse met en lumière la nécessité d'une recherche d'évaluation bien conçue et bien exécutée, qui permette de déterminer l'efficacité de l'intégration et les meilleures approches de sa mise en œuvre.

Plusieurs facteurs contribuent sans doute à l'absence d'une recherche de qualité. D'abord, au lendemain de la Conférence internationale de 1994 sur la population et le développement, l'intégration a souvent été considérée représenter une stratégie efficace (même si certains ont appelé à la prudence⁴). Dans un contexte où l'intégration est perçue tel un modèle fondamentalement positif d'apport de services, l'investissement de temps et de ressources dans une évaluation de qualité n'est guère prioritaire. Ensuite, l'engagement des donateurs en faveur de la planification familiale en tant que question de santé publique mondiale a décliné durant les années couvertes par cette étude,²² amoindrissant peut-être davantage les ressources disponibles à la recherche d'évaluation de son intégration. Enfin, les interventions d'intégration sont souvent assorties d'un composant communautaire et la conception comme la mise en œuvre de plans d'évaluation comportant des groupes de comparaison ou témoins adéquats dans le contexte communautaire peuvent être difficiles. Malgré le faible nombre d'études incluses dans cette analyse, les trois qui reposent sur les plans d'étude les plus solides sont principalement des interventions en clinique; trois des quatre modèles les plus faibles concernent des interventions strictement communautaires ou à composant communautaire important.

Les études analysées ici ont été sélectionnées, en partie, parce qu'elles font état d'un résultat quantitatif pertinent aux programmes de planification familiale. Il importe de cerner aussi d'autres indicateurs de succès et d'acceptabilité. Bien que les données soient limitées, la plupart des prestataires, des clients et des membres de la communauté réagissent favorablement aux efforts d'intégration. La recherche à venir devra inclure une évaluation plus approfondie de leurs perspectives à l'égard des services intégrés: leur opinion concernant les conditions dans lesquelles l'intégration peut ou ne peut être réaliste ou acceptable (lieux fixes vs faire-savoir, par exemple), les moyens d'éviter ou de compenser les coûts potentiels de l'intégration (comme les longs délais d'attente) et les stratégies de meilleure intégration des services en clinique et en communauté.

Dans les études qui en font état, les autres services de santé intégrés à la planification familiale présentent des résultats améliorés ou stables, jamais en déclin. Bien qu'au-

cune des données analysées ici ne laisse entrevoir d'effet négatif de l'intégration sur les autres services de santé, il est essentiel de disposer de données précises sur tous les services concernés par l'intégration. Idéalement, l'intégration devrait produire des bienfaits synergiques à tous les niveaux. L'étude relative au Bangladesh intègre par exemple la planification familiale aux programmes de microcrédit, qui réduisent la vulnérabilité économique et sociale des femmes; cette vulnérabilité est souvent à l'origine de comportements sexuels risqués.²³ Il est probable que les femmes autonomisées par les programmes de microcrédit soient plus susceptibles que les autres de recourir aux services de planification familiale, et que l'accès amélioré à ces services renforce à son tour l'autonomisation des participantes aux programmes de microcrédit. Pour confirmer cette hypothèse, il faut cependant disposer de données de bonne qualité concernant l'utilisation des services.

Aucune des études analysées ici ne couvre du reste la question de la rentabilité. Il est généralement présumé que l'intégration réduit les coûts, surtout lorsqu'elle implique la coordination des services ou la formation transversale. Le manque de données relatives à l'efficacité et aux coûts de l'intégration est cependant flagrant. Avant d'entreprendre des interventions à grande échelle, il faut savoir si l'intégration est économiquement viable et si certaines stratégies sont plus rentables que d'autres.

Les résultats de notre analyse sont sujets à deux grandes limitations. D'abord, la recherche est restée limitée aux articles publiés en anglais. D'autres évaluations des efforts d'intégration de la planification familiale ont été publiées dans d'autres langues. L'analyse repose ensuite sur une littérature soumise à un comité de lecture, donnant lieu à un risque de biais de publication. Les études présentant des observations significatives sont en effet plus susceptibles que celles ayant produit des résultats négatifs d'être soumises à la révision des pairs et, par conséquent, d'être publiées.²⁴ Aussi la tendance des résultats rapportés ici surestime-t-elle peut-être l'effet véritable des interventions d'intégration.

En conclusion, les données existantes donnent à penser que l'intégration de la planification familiale à d'autres prestations de santé pourrait être bénéfique. Avant d'embrasser l'intégration telle une stratégie à grande échelle apte à résoudre les hauts niveaux de besoin non satisfait de planification familiale dans le monde, il importe toutefois de procéder à une recherche d'évaluation bien conçue et bien exécutée afin d'établir une base factuelle venant appuyer. La recherche à venir devra examiner les perspectives des prestataires, des clients et des membres de la communauté à l'égard des services intégrés, faire état des résultats de santé relatifs à tous les services intégrés et évaluer la rentabilité de l'intégration. Il serait aussi extrêmement utile de cerner l'impact des différentes stratégies d'intégration sur l'élargissement de la portée des services, sur l'efficacité et les coûts des prestations et sur l'impact global sur la planification familiale comme sur les autres ré-

sultats de santé. Le bénéfice potentiel est clair, mais la base factuelle qui permettrait de déterminer l'approche la plus efficace reste faible.

RÉFÉRENCES

- Westoff CF, New estimates of unmet need and the demand for family planning, *DHS Comparative Reports*, Calverton, MD, USA: Macro International, 2006, No. 14.
- Bryce J et al., Programmatic pathways to child survival: results of a multi-country evaluation of integrated management of childhood illness, *Health Policy and Planning*, 2005, 20(Suppl. 1):i5-i17.
- Briggs CJ et Garner P, Strategies for integrating primary health services in middle- and low-income countries at the point of delivery, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, Issue 2, No. CD003318.
- Shelton JD et Fuchs N, Opportunities and pitfalls in integration of family planning and HIV prevention efforts in developing countries, *Public Health Reports*, 2004, 119(1):12-15.
- Church K et Mayhew SH, Integration of STI and HIV prevention, care, and treatment into family planning services: a review of the literature, *Studies in Family Planning*, 2009, 40(3):171-186.
- Rutenberg N et Baek C, Field experiences integrating family planning into programs to prevent mother-to-child transmission of HIV, *Studies in Family Planning*, 2005, 36(3):235-245.
- Askew I et Maggwa NB, Integration of STI prevention and management with family planning and antenatal care in Sub-Saharan Africa—what more do we need to know? *International Family Planning Perspectives*, 2002, 28(2):77-86.
- 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.
- Mayhew S, Integrating MCH/FP and STD/HIV services: current debates and future directions, *Health Policy and Planning*, 1996, 11(4):339-353.
- Wallace A, Dietz V et Cairns KL, Integration of immunization services with other health interventions in the developing world: what works and why? Systematic literature review, *Tropical Medicine & International Health*, 2009, 14(1):11-19.
- Colombini M, Mayhew S et Watts C, Health-sector responses to intimate partner violence in low- and middle-income settings: a review of current models, challenges and opportunities, *Bulletin of the World Health Organization*, 2008, 86(8):635-642.
- Briss PA et al., Developing an evidence-based Guide to Community Preventive Services—methods, *American Journal of Preventive Medicine*, 2000, 18(Suppl. 1):35-43.
- Amin R et al., Integration of an essential services package (ESP) in child and reproductive health and family planning with a microcredit program for poor women: experience from a pilot project in rural Bangladesh, *World Development*, 2001, 29(9):1611-1621.
- Lundgren RI et al., Cultivating men's interest in family planning in rural El Salvador, *Studies in Family Planning*, 2005, 36(3):173-188.
- Alvarado R et al., Integrated maternal and infant health care in the postpartum period in a poor neighborhood in Santiago, Chile, *Studies in Family Planning*, 1999, 30(2):133-141.
- Bossyns P, Miyé H et Van Lerberghe W, Supply-level measures to increase uptake of family planning services in Niger: the effectiveness of improving responsiveness, *Tropical Medicine & International Health*, 2002, 7(4):383-390.
- Adeokun L et al., Promoting dual protection in family planning clinics in Ibadan, Nigeria, *International Family Planning Perspectives*, 2002, 28(2):87-95.
- Huntington D et Aplogan A, The integration of family planning and childhood immunization services in Togo, *Studies in Family Planning*, 1994, 25(3):176-183.
- Fullerton J, Fort A et Johal K, A case/comparison study in the

Eastern Region of Ghana on the effects of incorporating selected reproductive health services on family planning services, *Midwifery*, 2003, 19(1):17-26.

20. Douthwaite M et Ward P, Increasing contraceptive use in rural Pakistan: an evaluation of the Lady Health Worker Programme, *Health Policy and Planning*, 2005, 20(2):117-123.

21. Paxman JM et al., The India Local Initiatives Program: a model for expanding reproductive and child health services, *Studies in Family Planning*, 2005, 36(3):203-220.

22. Speidel JJ et al., *Making the Case for U.S. International Family Planning Assistance*, Baltimore, MD, USA: Population Reference Bureau, 2009, <<http://www.prb.org/pdf09/makingthecase.pdf>>, site consulté le 31 août 2010.

23. Pronyk PM et al., A combined microfinance and training intervention can reduce HIV risk behaviour in young female participants, *AIDS*, 2008, 22(13):1659-1665.

24. Dickersin K, Min Y-I et Meinert CL, Factors influencing publication of research results: follow-up of applications submitted to two institutional review boards, *Journal of the American Medical Association*, 1992, 267(3):374-378.

Coordonnées de l'auteur: Lcg6@cdc.gov