

# TIRER PARTI DES LES MODÈLES DE PRESTATION DIFFÉRENCIÉE DES TAR POUR RENFORCER LES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE

Supplément au *Cadre décisionnel pour la prestation différenciée des traitements antirétroviraux*

Le présent supplément au Cadre décisionnel pour la prestation différenciée des traitements antirétroviraux décrit les différentes façons de mettre à profit les modèles de prestation différenciée des traitements antirétroviraux (TAR) de manière à renforcer les services en matière de planification familiale. Il a pour but d'offrir :

- Une présentation de la prestation différenciée des services (PDS)
- Une présentation de la planification familiale (PF)
- Les grands principes de la planification familiale dans le cadre de la prestation différenciée des TAR
- Des lignes directrices sur l'intégration de la planification familiale aux modèles de prestation différenciée des TAR à l'aide des composantes de base de la PDS.
- Des études de cas et des exemples de la façon dont la planification familiale a déjà été intégrée à certains modèles de prestation différenciée des TAR.
- Des messages pour tirer le meilleur parti des modèles de prestation différenciée des TAR et ainsi renforcer les services de planification familiale.

**Ce supplément s'adresse aux gestionnaires de programmes de TAR nationaux et de district, aux partenaires de mise en œuvre, aux partenaires communautaires et aux donateurs.** Il doit être lu en parallèle du *Cadre décisionnel pour la prestation différenciée des traitements antirétroviraux*.

## INTRODUCTION

### Définition de la prestation différenciée de services

La prestation différenciée de services (PDS) est une approche axée sur le client qui vise à simplifier et à adapter les services liés au VIH dans l'ensemble de la cascade des soins, de manière à mieux répondre aux besoins des personnes vivant avec le VIH et à réduire les charges inutiles pour le système de santé. Les ministères de la Santé ont déployé à grande échelle quatre modèles de prestation différenciée à destination des clients sous traitement antirétroviral (TAR). Pour plus de détails, se référer au *Cadre décisionnel pour la prestation différenciée des traitements antirétroviraux*. Les modèles sont les suivants :

- Des modèles individuels en établissement, par exemple le renouvellement accéléré : les patients récupèrent leur renouvellement de TAR auprès de leur établissement de santé sans faire la queue ni consulter un médecin.
- Des modèles individuels hors établissement : les individus récupèrent leur renouvellement de TAR auprès de points de service mobiles, de points de distribution communautaires fixes ou de pharmacies communautaires.
- Des groupes gérés par les agents de santé dans les établissements ou les communautés, par exemple des clubs d'observance, des groupes de soutien au renouvellement des TAR ou des groupes pour les adolescents. Ceux-ci se composent de 10 à 30 clients qui récupèrent leur TAR en même temps, généralement dans un établissement de santé. Ces groupes sont animés par un infirmier, un prestataire non professionnel ou un pair ; leur but est de sensibiliser les membres, de leur apporter un soutien et de leur distribuer des médicaments (souvent pré-emballés).
- Des groupes gérés par les clients, par exemple les groupes communautaires de TAR (GCT). Ils se composent le plus souvent de quatre à douze clients qui se réunissent au sein de la communauté. Chaque groupe désigne un responsable ainsi qu'un membre chargé de récupérer les médicaments de l'ensemble du groupe.

## ACRONYMES

CRLDA	Contraception réversible à longue durée d'action	OMS	Organisation mondiale de la Santé
DIU	Dispositif intra-utérin	PDS	Prestation différenciée de services
GCT	Groupes communautaires de TAR	PF	Planification familiale
IST	Infection sexuellement transmissible	TAR	Traitement antirétroviral

## Définition et importance de la planification familiale

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la planification familiale « permet aux populations d'atteindre le nombre souhaité d'enfants et de déterminer quel sera l'espacement des naissances ». [1]. La planification familiale (PF) aide les couples à éviter les grossesses non désirées, réduit la propagation des infections sexuellement transmissibles (IST) et diminue la morbidité et la mortalité liées aux grossesses non désirées [2,3]. Pour cela, elle s'appuie principalement sur la contraception. Toutes les femmes et toutes les filles, y compris celles qui vivent avec le VIH, doivent avoir accès à une méthode de contraception efficace qu'elles ont choisie de leur plein gré, service qui relève du droit à la santé et des droits humains [4-6]. Pour les femmes et les filles qui vivent avec le VIH, le fait d'avoir recours à des méthodes de contraception efficaces réduit la transmission du VIH de la mère à l'enfant en évitant les grossesses non planifiées. Ces méthodes offrent aussi la possibilité de mieux préparer les grossesses désirées et ainsi, de concevoir en toute sécurité [7-9].

Les prestataires de soins de santé doivent encourager leurs clientes atteintes du VIH à parler ouvertement de leurs projets et envies de grossesse et les aider à prendre des décisions éclairées en la matière ou en ce qui concerne la contraception. Ils doivent s'enquérir régulièrement, avec tact et sans jugement, des projets et envies des femmes, des hommes et des couples qui vivent avec le VIH en matière de reproduction et de contraception (ces discussions sont « à l'initiative du soignant »). Si des clientes ont un projet de grossesse, elles doivent recevoir des conseils complets afin de bien la planifier et de concevoir en toute sécurité. Si, à l'inverse, elles ne souhaitent pas être enceintes, elles doivent aussi recevoir des conseils exhaustifs, assortis d'un moyen de contraception.

Pour améliorer l'accès à la planification familiale, l'OMS préconise d'intégrer ces services aux établissements de santé fournissant des soins liés au VIH (encadré 1) [10]. Pour l'instant, cette recommandation n'a été appliquée que de manière parcellaire et insatisfaisante. Assurer un accès aisé à des méthodes efficaces de contraception réversible à longue durée d'action, comme les implants et les dispositifs intra-utérins (DIU), s'avère particulièrement ardu.



### ENCADRÉ 1 : Recommandations de l'OMS sur l'intégration de la PF aux soins liés au VIH

Les soins relatifs aux infections sexuellement transmissibles et les services de planification familiale peuvent être intégrés aux établissements de santé fournissant des soins liés au VIH.

Source : Organisation mondiale de la Santé. *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection, 2016* [10].

Une approche de la planification familiale axée sur la qualité des soins, comme celle présentée dans le document *Quality of care in contraceptive information and services, based on human rights standards*, publié par l'OMS en 2017 [11], rappelle à quel point les clientes et leur expérience doivent être placées au centre des soins. Pour plus d'informations sur les aspects essentiels des soins de qualité dans le cadre des services de planification familiale, voir l'encadré 2.

## ENCADRÉ 2 : Aspects essentiels des soins de qualité dans le cadre des services de planification familiale

- Approche relevant des droits de l'homme
- Relations respectueuses entre soignants et clients
- Libre choix de chaque cliente parmi un vaste éventail de méthodes de contraception
- Accès des clients à des informations factuelles sur les avantages et les inconvénients de chaque méthode de contraception
- Décision libre de chaque client, sans contrainte ni jugement
- Respect de la vie privée et de la confidentialité des données du client
- Des agents de santé techniquement compétents à même de conseiller les clients et de fournir un vaste éventail de méthodes de contraception
- Présence d'un réseau de services adapté (y compris de suivi et de soutien continu) et de méthodes de contraception dans la même localité.

Sources : OMS. *Ligne directrice unifiée sur la santé et les droits des femmes vivant avec le VIH en matière sexuelle et reproductive*, 2017 [4]; OMS. *Quality of care in contraceptive information and services, based on human rights standards: a checklist for health care providers*, 2017 [11]; OMS. *Garantir les droits de l'homme lors de la fourniture d'informations et de services en matière de contraception*, 2014 [12].

## Garantir la disponibilité d'un vaste éventail de méthodes de contraception

Selon l'OMS, l'éventail de méthodes de contraception proposé doit comprendre des contraceptifs réversibles à longue durée d'action (implants et DIU), des méthodes injectables, des pilules orales progestatives ou combinées, des préservatifs masculins et féminins et des méthodes d'urgence. Les clients qui souhaitent une méthode de contraception permanente (stérilisation masculine ou féminine) doivent aussi pouvoir être orientés vers d'autres prestataires. Dans certains cas, l'anneau contraceptif et le patch viennent s'ajouter à l'éventail de méthodes. L'OMS indique que toutes les femmes et toutes les filles doivent être en mesure d'accéder à une contraception d'urgence par l'intermédiaire des programmes nationaux de planification familiale [13]. L'Annexe 1 présente plus en détail les différentes méthodes de contraception, ainsi que leur durée d'action et leur degré d'efficacité.

L'OMS indique que les femmes et les filles qui vivent avec le VIH peuvent le plus souvent utiliser de façon sûre et efficace le plein éventail des méthodes de contraception disponibles (encadré 3). Elles doivent aussi être encouragées à recourir à une double protection, c'est-à-dire à associer des préservatifs à une autre méthode efficace de contraception, de manière à éviter la transmission du VIH et d'autres IST. Pour plus d'indications, voir les publications suivantes de l'OMS : *Providing contraceptive services in the context of HIV treatment programmes (2019)* [2] et *Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives (2015)* [14].

Sans perdre de vue qu'ils ne constituent pas forcément la meilleure méthode pour toutes les clientes, les contraceptifs réversibles à longue durée d'action, comme l'implant et le DIU, doivent être proposés en priorité. L'encadré 4 présente certains avantages médicaux et programmatiques des CRLDA, qui sont d'ailleurs les méthodes les plus économiques [15].



## ENCADRÉ 3 : Lignes directrices de l'OMS sur les méthodes de contraception pour les femmes et les filles qui vivent avec le VIH

Les femmes et les filles qui vivent avec le VIH peuvent le plus souvent utiliser le plein éventail des méthodes de contraception disponibles de façon sûre et efficace.

Sources : Organisation mondiale de la Santé. *Providing contraceptive services in the context of HIV treatment programmes. Implementation Tool*, 2019 [2], Organisation mondiale de la Santé. *Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. Cinquième édition*, 2015 [14].



## ENCADRÉ 4 : Lignes directrices de l'OMS sur les méthodes contraceptives réversibles à longue durée d'action

Les méthodes contraceptives réversibles à longue durée d'action (implant et DIU) sont très efficaces pour les raisons suivantes :

- elles offrent un degré de protection élevé
- leur durée d'action est très longue (5 à 10 ans pour les DIU et 3 à 5 ans pour les implants)
- une fois posées, elles gardent leur efficacité en continu, sans intervention ni renouvellement fréquent.

Source : Organisation mondiale de la Santé. *Providing contraceptive services in the context of HIV treatment programmes. Implementation Tool*, 2019.



## Deux catégories de méthodes de contraception

Dans l'optique d'intégrer les différentes méthodes de contraception aux modèles de prestation différenciée des TAR, deux catégories de contraceptifs doivent entrer en ligne de compte :

1. Les méthodes qui, une fois posées, ne nécessitent plus aucune interaction avec le système de santé avant qu'un projet de grossesse ne soit lancé, que leur efficacité n'arrive à son terme ou que l'utilisatrice ne choisisse de les faire retirer (méthodes contraceptives réversibles à longue durée d'action, à savoir implants et DIU). Quant aux méthodes permanentes, elles ne nécessitent pas non plus d'autres interactions avec le système de santé.
2. Les méthodes qui imposent des interactions avec les services de soins, un renouvellement régulier et/ou une intervention médicale afin d'assurer leur efficacité en continu (préservatifs, pilules contraceptives, patches, anneaux et injections).

## Insatisfaction des besoins des femmes vivant avec le VIH en matière de planification familiale

Malgré l'impact social et clinique positif de la planification familiale, de nombreuses femmes et filles qui vivent avec le VIH n'ont toujours pas pleinement accès à une contraception. Chez les femmes vivant avec le VIH, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, on dénombre 1,5 million de grossesses chaque année, dont plus de la moitié ne sont pas désirées [16-20]. Selon des données récentes collectées en Afrique, d'importantes lacunes en matière de contraception subsistent chez les femmes qui vivent avec le VIH [20-22]. Les méthodes à court terme et les préservatifs supplantent le recours aux CRLDA malgré leur plus grande efficacité, le tout alors que la double protection est peu répandue [23-25]. Les lacunes en matière de contraception concernent en majorité les populations les plus vulnérables, à savoir les adolescentes et les jeunes femmes, les femmes et les filles venant d'accoucher et les populations clés comme les travailleuses du sexe [26].

## Pourquoi mettre l'accent sur la planification familiale dans le cadre des modèles de prestation différenciée des TAR ?

Les personnes qui vivent avec le VIH n'en gardent pas moins d'autres besoins en matière de santé. Assurer des soins axés sur la personne signifie combler d'autres besoins en matière de santé, par exemple le traitement d'autres comorbidités aiguës ou chroniques, et la fourniture de services de planification familiale et d'autres services de santé sexuelle et reproductive.

Les personnes vivant avec le VIH qui se rendent dans un établissement de santé tous les trois à six mois pour récupérer leur TAR ne mettent pas pleinement à profit leur modèle de prestation différenciée si elles doivent y retourner plus fréquemment pour d'autres besoins médicaux, y compris ceux qui relèvent de la planification familiale.

Ces dernières années, la prestation différenciée des TAR a été déployée à grande échelle dans plusieurs pays. Bon nombre des personnes qui vivent avec le VIH consultent désormais des médecins ou se rendent dans leur établissement de santé tous les six à douze mois. En parallèle, les pays veillent à nouveau à ce que toutes les femmes et les filles qui vivent avec le VIH aient accès à des services de planification familiale de qualité dans le cadre des soins liés au VIH, une garantie qui constitue un pilier essentiel de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Les besoins en matière de services de planification familiale de qualité redeviennent prioritaires à la faveur du déploiement à grande échelle des TAR à base de dolutégravir [27, 28].

Néanmoins, la planification familiale n'est pas systématiquement intégrée aux modèles de prestation différenciée des TAR. Les clientes de ces modèles doivent être en mesure de choisir leur méthode de contraception et, dès lors que des contraceptifs sont nécessaires en continu, les obtenir par l'intermédiaire de leur modèle de prestation différenciée des TAR.

# PRINCIPAUX ÉLÉMENTS À PRENDRE EN COMPTE CONCERNANT L'INTÉGRATION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE À LA PRESTATION DIFFÉRENCIÉE DES TAR

Cinq grands principes viennent étayer l'intégration de la planification familiale à la prestation différenciée des TAR.

## 1. Mobiliser les femmes et les filles qui vivent avec le VIH

L'élaboration d'un modèle de prestation de services de planification familiale au sein d'un modèle de PDS des TAR doit avoir lieu en consultation et en partenariat avec les usagers, de manière à répondre aux besoins des clientes et à veiller à la qualité des services.

La mobilisation des femmes et des filles qui vivent avec le VIH afin de les faire participer activement à l'élaboration, à la livraison et à l'évaluation de ces services constitue un volet essentiel des programmes : ce n'est qu'à cette condition qu'ils créent une relation de confiance et offrent des services qui profitent pleinement aux individus et aux communautés.

## 2. Mettre l'orientation et le suivi dans le cadre de la PDS au service de la continuité de la planification familiale

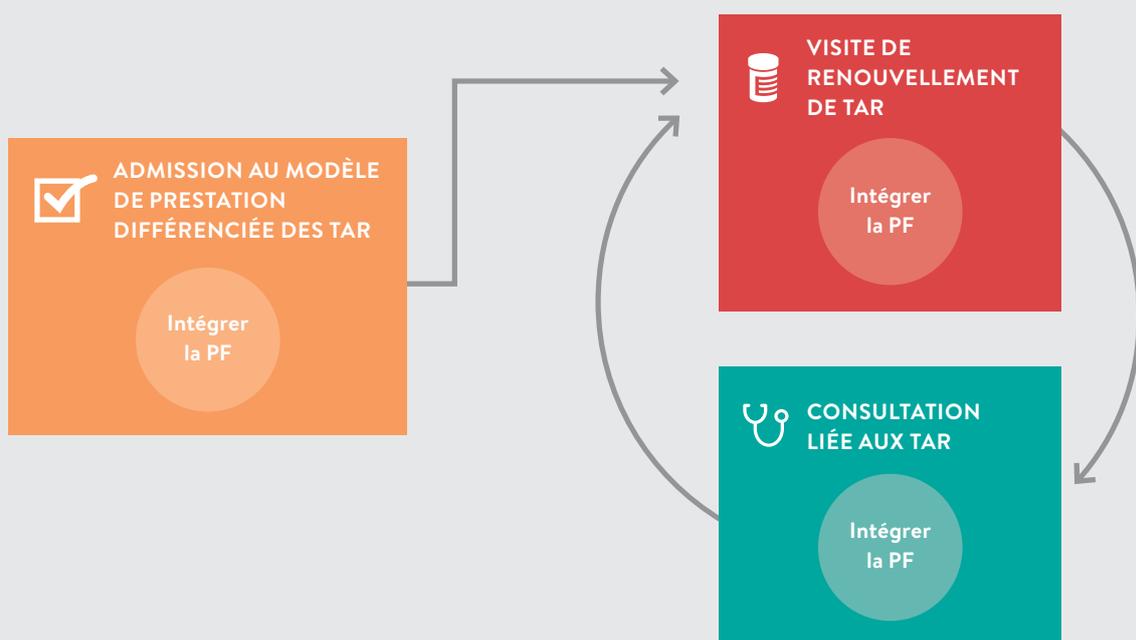
Les modèles de prestation différenciée des TAR doivent être mis au service du renforcement de la planification familiale

et certaines de leurs composantes doivent intervenir dès l'admission des clientes à ces modèles et lors du suivi.

Lors de leur orientation vers la prestation différenciée des TAR, les clientes doivent bénéficier d'une consultation de planification familiale de qualité. À cette occasion, des conseils et des méthodes de contraception leur seront proposés. L'admission à la plupart des modèles de prestation différenciée des TAR implique une réduction de la fréquence des consultations cliniques et des visites à l'établissement de santé ; aussi la consultation doit-elle comporter une discussion sur les méthodes de contraception et l'option qui convient le mieux aux besoins et aux préférences de la cliente, ainsi que sur les soins liés au VIH. Cette discussion doit être continuellement documentée à l'occasion de chaque interaction clinique de suivi (figure 1).

Lors des visites de renouvellement de TAR, les clientes doivent aussi avoir la possibilité de récupérer leur méthode de contraception. Ces soins doivent être fournis de façon intégrée en tenant compte des composantes de base (« Quand », « Où » et « Qui ») indiquées aux pages 9 à 15.

Figure 1 : Les services de planification familiale tout au long de la prestation différenciée des TAR



### 3. Favoriser l'utilisation de méthodes de contraception réversible à longue durée d'action chez les clientes des modèles de prestation différenciée des TAR

Les méthodes contraceptives réversibles à longue durée d'action doivent être faciles d'accès et proposées aux femmes et aux filles relevant des modèles de PDS. L'implant

contraceptif et le DIU, deux contraceptifs pleinement réversibles à longue durée d'action, font partie des méthodes contraceptives les plus efficaces à l'heure actuelle. En plus de leur efficacité contraceptive, elles agissent à longue durée d'action, de trois à dix ans, en ne demandant aucune intervention de la part de l'utilisatrice (c'est-à-dire sans visite de suivi, ni renouvellement, ni obligation d'observance) ni aucune interaction avec l'établissement de santé jusqu'à ce qu'un projet de grossesse soit lancé, que l'efficacité arrive à son terme ou que l'utilisatrice choisisse de les retirer au motif de son choix.



#### Étude de cas 1 : Parler de la planification familiale, y compris des méthodes contraceptives réversibles à longue durée d'action, chez les femmes relevant de modèles de prestation différenciée des TAR à Lilongwe (Malawi)

À Lilongwe (Malawi), les méthodes contraceptives réversibles à longue durée d'action étaient très peu répandues chez les femmes vivant avec le VIH. C'est pourquoi les services liés à la contraception ont été intégrés à la clinique fournissant les TAR, et les agents de santé dévolus au VIH ont été formés à distribuer et à poser toutes les méthodes de contraception disponibles, y compris les CRLDA. Depuis cette intervention, l'adoption des contraceptifs est en nette hausse : 55 % des clientes ont recours aux injections trimestrielles, 19 % au DIU au cuivre, 14 % à la pilule contraceptive orale et 12 % à l'implant.

Le modèle de prestation différenciée des TAR le plus courant au Malawi repose sur un renouvellement accéléré en établissement, où les clientes récupèrent pour trois à six mois de traitement. Afin d'augmenter l'adoption des CRLDA, toutes les femmes ont été invitées à faire part de leurs besoins et de leurs préférences en matière de contraception au moment de leur orientation vers la prestation différenciée des TAR.



## 4. Aligner les renouvellements des TAR et des contraceptifs sur les modèles de prestation différenciée des TAR

TAR et contraceptifs doivent être renouvelés au même moment dans l'intérêt des clientes et des services de santé (encadré 5). La fréquence de renouvellement de la pilule contraceptive doit

coïncider avec le plus long intervalle de renouvellement possible du TAR (par exemple, trois ou six mois). L'OMS préconise de donner aux utilisatrices permanentes l'équivalent d'un an de pilules contraceptives. Quant aux injections, le calendrier des nouvelles injections doit être adapté de manière à s'accorder avec le renouvellement du TAR, afin de minimiser le nombre de visites cliniques sans pour autant perdre en efficacité contraceptive.



### ENCADRÉ 5 : Conseils de l'OMS sur le renouvellement de la pilule et des injections contraceptives

L'OMS recommande les éléments suivants pour aider les femmes sous pilule contraceptive progestative ou combinée : « Donner plus de plaquettes de pilules – si possible l'équivalent d'un an (13 tablettes). »

Par ailleurs, « les injections peuvent avoir jusqu'à quatre semaines de retard pour l'AMPR ou deux semaines de retard pour l'EN-NET » sans rien perdre de leur efficacité. Cette marge de manœuvre dans l'intervalle de renouvellement peut s'avérer utile pour faire coïncider la nouvelle injection et le renouvellement du TAR dès lors qu'une cliente relève d'un modèle de prestation différenciée des TAR.

*Source : Département Santé et recherche génésiques de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS/RHR) et École de santé publique Bloomberg de l'Université Johns Hopkins/Centre des programmes de communication, projet Knowledge for Health. Family Planning: A Global Handbook for Providers (2018 edition), 2018 [30]*

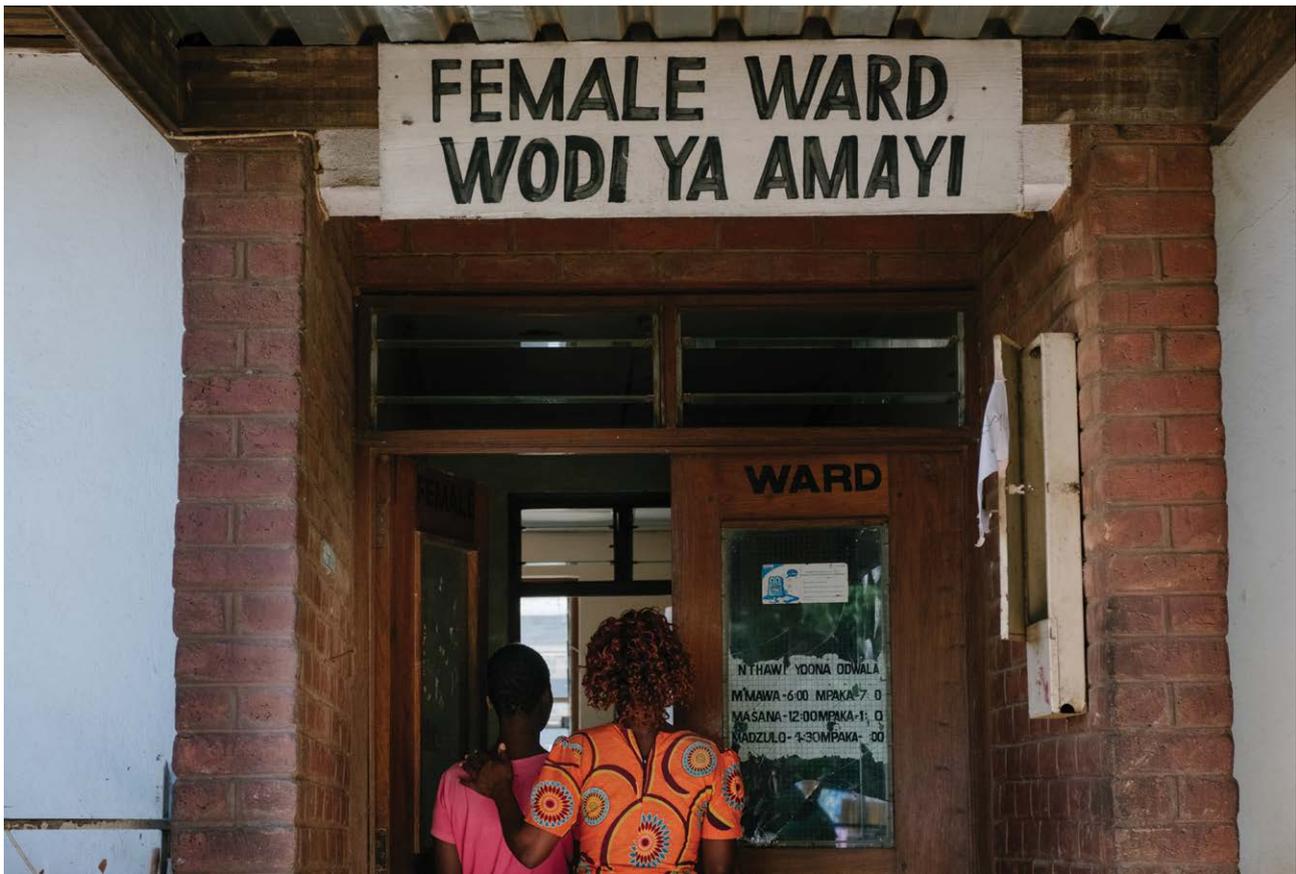
## 5. Intégrer la planification familiale et les soins liés au TAR à des modèles de prestation différenciée des TAR dans les établissements et les communautés

Dans la mesure du possible, les services de planification familiale et les soins liés au TAR doivent être assurés en même temps (voir « Quand », page 10), au même endroit (voir « Où », page 12) et par le même soignant (voir « Qui », page 14).

Dans les établissements, différentes approches peuvent aller dans ce sens, comme la mobilisation de prestataires polyvalents de soins de PF/VIH ou la mise en œuvre d'un guichet unique au sein des cliniques fournissant les TAR, de manière à offrir des services liés au VIH et à la planification familiale au même endroit [29]. Un système d'orientation pourra être mis en place pour certaines méthodes de contraception, à l'image des DIU et de la stérilisation, ou encore pour le retrait de l'implant.

Mettre en œuvre une distribution des contraceptifs et un partage des tâches à l'échelle communautaire, tout en rendant les contraceptifs accessibles directement aux clientes grâce à des méthodes comme les contraceptifs auto-injectables, sont autant de moyens de favoriser les modèles de PDS hors établissement et dans des groupes gérés par les clients.





### Étude de cas 2 : Faire coïncider la durée des injections contraceptives et de la pilule avec celle du TAR, Chiradzulu (Malawi)

À Chiradzulu (Malawi), des clubs destinés aux adolescentes qui vivent avec le VIH sont animés par du personnel infirmier. Les participantes se réunissent tous les trois mois dans l'établissement de santé pour y recevoir des conseils collectifs sur l'observance, un soutien de leurs pairs et un renouvellement de trois mois de leur TAR. Des méthodes contraceptives réversibles à longue durée d'action sont disponibles sur place, mais 83 % de celles qui ont besoin d'un contraceptif à l'heure actuelle ont recours aux injections. Pour les méthodes qui nécessitent un renouvellement, par exemple les injections et la pilule, les adolescentes les reçoivent lors de chaque réunion du club (trois mois de pilules ou une injection). Grâce à ces renouvellements simultanés, elles ont accès à la fois à un contraceptif en continu et à leur TAR, tout en minimisant les visites à l'établissement de santé.



### Étude de cas 3 : Intégrer la fourniture de TAR et de services de planification familiale à un modèle de proximité, Ouganda

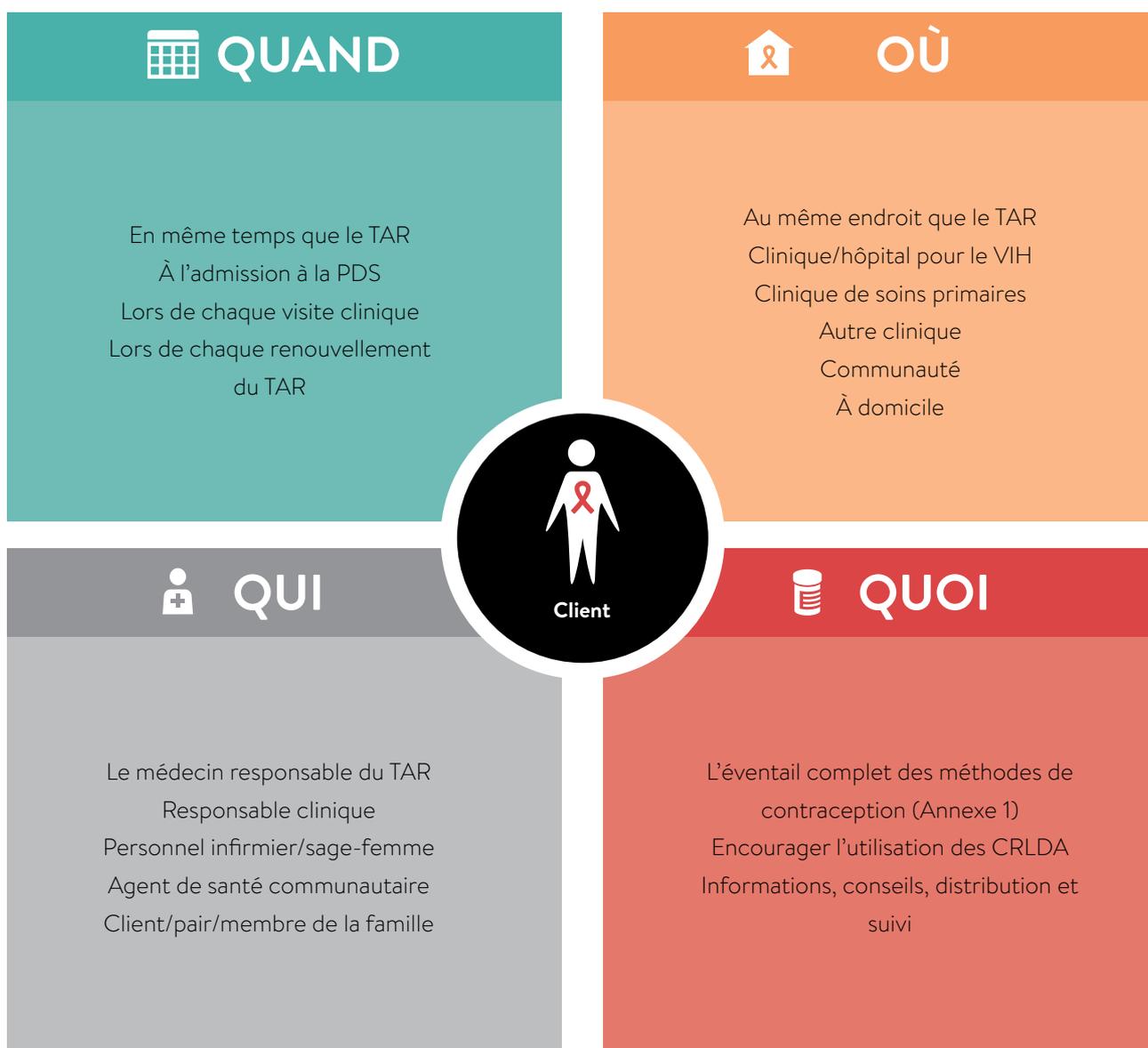
En Ouganda, l'un des modèles de PDS repose sur la proximité. Une équipe de proximité rend visite à un site donné tous les mois pour y livrer les TAR sous la forme d'un renouvellement de trois mois. Les clientes qui ont besoin d'un renouvellement de leur pilule ou de leur injection contraceptives reçoivent ces services lorsqu'elles récupèrent leur TAR. La durée de renouvellement des contraceptifs coïncide avec celle du TAR.

# INTÉGRATION DES COMPOSANTES DE BASE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE À LA PRESTATION DIFFÉRENCIÉE DES SERVICES LIÉS AUX TAR

Les modèles de prestation différenciée des TAR sont conçus en adaptant des composantes de base, à savoir le « quand » (fréquence et calendrier des services), le « où » (emplacement des services), le « qui » (prestataire des services ; cadre du personnel assurant le service) et le « quoi » (ensemble des services ; les services fournis) (figure 2). La composante de base « Quoi » de la planification familiale et la PDS constituent l'ensemble des méthodes de contraception et des services

décrits à la section « Définition et importance de la planification familiale » (pages 2-4) et à l'annexe 1. L'annexe 2 en ligne comprend des outils pour évaluer les politiques locales et la mise en œuvre à l'échelle des établissements pour chacune des composantes de base de la prestation différenciée de services liés à la planification familiale (<https://bit.ly/2zWWLFI>).

Figure 2 : Intégration des composantes de base de la planification familiale à la prestation différenciée des TAR



### **Les services de planification familiale doivent être offerts tout au long de la prestation différenciée des TAR**

Une consultation de planification familiale de qualité, avec un accès à un éventail complet de méthodes de contraception, y compris des CRLDA comme les implants et les DIU, doit être proposée de façon régulière en amont de l'admission des femmes et des filles vivant avec le VIH à un modèle de prestation différenciée de TAR, puis lors des visites suivantes [4].

### **Le TAR et la planification familiale doivent être fournis lors de la même visite**

Dans le cadre d'une approche centrée sur le client, les services de planification familiale et le TAR doivent être offerts lors de la même visite. Une discussion de qualité sur la planification familiale doit être proposée lors de l'admission à un modèle de PDS, puis lors de chaque visite suivante. À des fins de continuité des services de planification familiale, il est important d'évaluer régulièrement, c'est-à-dire lors de toutes les visites de suivi,

les besoins contraceptifs et les éventuels projets de grossesse des clientes, afin de disposer des informations nécessaires pour étayer l'utilisation continue, le changement ou l'arrêt d'une méthode de contraception en fonction des besoins

### **Les renouvellements du TAR et de la méthode de contraception doivent coïncider**

Pour les femmes qui choisissent une méthode de contraception impliquant un renouvellement régulier, à l'instar de la pilule ou des injections, **l'intervalle de renouvellement du contraceptif doit concorder avec celui du TAR**. Par exemple, si la cliente reçoit son TAR pour une durée de six mois, elle doit recevoir en même temps sa pilule contraceptive pour une durée au moins égale. Les visites de renouvellement des injections et du TAR doivent être prévues de façon à coïncider. Dans les modèles communautaires, l'évaluation des besoins contraceptifs doit faire partie de l'évaluation de routine de la cliente lors de la récupération individuelle des médicaments ou de la réunion des groupes communautaires.



## Exemple 1 : Intégration de la planification familiale à un modèle individuel en établissement, Ouganda

En Ouganda, les clientes ont accès à un modèle de prestation différenciée et accélérée des TAR en établissement. Elles se rendent à la clinique tous les six mois. Entre chaque visite, elles reçoivent un renouvellement trimestriel de leur TAR directement à la pharmacie de l'établissement. Selon ce modèle, les options contraceptives proposées aux clientes sont les CRLDA, les injections, les pilules et les préservatifs. La quasi-totalité des agents de santé de la clinique est aussi en mesure de sensibiliser à la planification familiale. Chaque visite est assortie de conseils sur la planification familiale qui sont consignés dans le dossier de la cliente.

La majorité des femmes a recours à des injections trimestrielles d'AMPR. Les utilisatrices de contraceptifs injectables peuvent obtenir une nouvelle injection lorsqu'elles se rendent à la clinique pour récupérer leur TAR, au moyen du mécanisme accéléré de planification familiale. Quant aux clientes sous pilule, elles aussi peuvent récupérer leurs deux renouvellements en même temps, toujours grâce au mécanisme accéléré. La durée de la prescription de la pilule coïncide avec celle du TAR (à savoir, trois mois de pilule sont fournis en une fois).

**Figure 3 : Composantes de base des services de planification familiale dans un modèle individuel en établissement en Ouganda**

	DIU	Implant	Pilule contraceptive	Injection sous-cutanée trimestrielle	Injection intramusculaire trimestrielle	Préservatifs
QUAND	À l'admission à la PDS Lors des consultations cliniques dans le cadre de la PDS Lors des visites ambulatoires en établissement entre les consultations	À l'admission à la PDS Lors des consultations cliniques dans le cadre de la PDS Lors des visites ambulatoires en établissement entre les consultations	Lors de la visite clinique de renouvellement du TAR Tous les 3 mois	Pas encore disponible	Lors de la visite clinique de renouvellement du TAR Lors des visites ambulatoires Tous les 3 mois	Lors de la visite clinique de renouvellement du TAR Tous les 3 mois
OÙ	Clinique de soins primaires Hôpital	Clinique de soins primaires Hôpital	Clinique de soins primaires Hôpital	Pas encore disponible	Clinique de soins primaires Hôpital	Clinique de soins primaires Hôpital
QUI	Médecin, sage-femme ou personnel infirmier formés à la pose d'un DIU	Médecin, sage-femme ou personnel infirmier formés à la pose d'un implant	Médecin, sage-femme, personnel infirmier, agent clinique ou agent de santé communautaire formés à la PF	Pas encore disponible	Médecin, agent clinique, sage-femme, personnel infirmier ou agent de santé communautaire formés à la PF	Médecin, agent clinique, sage-femme, personnel infirmier, agent de santé communautaire, collecte individuelle
QUOI	DIU : informations, conseils, pose/retrait, gestion des effets secondaires	Implant : informations, conseils, pose/retrait, gestion des effets secondaires	Pilules progestatives ou combinées : informations, conseils, distribution, gestion des effets secondaires	Pas encore disponible	Contraceptifs injectables : informations, conseils, administration, gestion des effets secondaires	Préservatifs masculins et féminins : informations, conseils, distribution

## Le TAR et la planification familiale doivent être fournis au même endroit

Les modèles de prestation différenciée des TAR peuvent favoriser la convergence des soins liés au VIH et des services de planification familiale **en donnant à la cliente la possibilité de recevoir ses services de planification familiale au même endroit que son TAR**. Les modèles de PDS peuvent être assurés en établissement ou dans la communauté, et chaque site aurait intérêt à proposer des options pour les services de planification familiale.

Dans l'idéal, à l'échelle de l'établissement, les services de planification familiale doivent être proposés au même endroit ou à proximité du lieu où se tiennent les séances de groupe liées

au TAR, dans le respect de la vie privée des patients. De même, les clientes des modèles accélérés en établissement doivent avoir la possibilité de collecter leur méthode de contraception et leur TAR dans la même pharmacie.

Pour faciliter la fourniture de services de planification familiale à l'échelle communautaire, il convient de se pencher sur la question du partage des tâches (voir la section « Qui »). Dès lors que le TAR est fourni par des structures de proximité, les services de planification familiale peuvent être assurés au même endroit. De la même façon, pour les modèles de groupes communautaires, la distribution des moyens de contraception au sein de la communauté devrait favoriser les services de planification familiale.

### Exemple 2 : Intégration de la planification familiale à un modèle de groupe communautaire géré par les clientes, Kenya

À Ndhwa (Kenya), le groupe communautaire de TAR (GCT) fait partie de l'éventail de modèles de prestation différenciée des TAR. Entre quatre et douze personnes vivant avec le VIH forment un groupe qui se réunit tous les trois mois dans un environnement communautaire. Elles désignent l'une de leurs membres pour récupérer leur TAR auprès de l'établissement à raison d'une fois tous les trois mois. Tous les six mois, les membres du groupe se rendent ensemble à leur visite clinique individuelle.

Lors du déploiement de ce modèle, les clientes devaient effectuer des visites supplémentaires pour la planification familiale et obtenir leur contraceptif. Dans ce cadre, les méthodes contraceptives disponibles comprennent l'implant, les injections trimestrielles et la pilule contraceptive. Les DIU sont disponibles, mais rarement utilisés. La grande majorité des femmes privilégie la voie injectable.

Les membres du groupe ont demandé à ce que les renouvellements de contraceptifs injectables et de pilules se fassent lors de la collecte du TAR afin de réduire le nombre de consultations. Le formulaire pour les renouvellements utilisé par le groupe communautaire de TAR lors de ses réunions mentionne systématiquement l'utilisation des méthodes de planification familiale des membres. Toute femme devant se rendre à la clinique pour renouveler son injection ou sa pilule se verra remettre le TAR pour le reste du groupe en même temps que sa contraception. Le renouvellement de la contraception orale coïncide avec celle du TAR (tous les trois mois).



Figure 4 : Composantes de base des services de planification familiale dans le cadre d'un modèle de groupe communautaire géré par les clientes au Kenya

	DIU	Implant	Pilule contraceptive	Injection sous-cutanée trimestrielle	Injection intramusculaire trimestrielle*	Préservatifs
QUAND	Disponible, mais non utilisé	À l'admission à la PDS Lors des consultations cliniques dans le cadre de la PDS Lors des visites ambulatoires en établissement entre les consultations, en cas de besoins contraceptifs identifiés	Tous les 3 mois	Pas encore disponible	Tous les 3 mois	Tous les 3 mois
OÙ	Disponible, mais non utilisé	Dans le même établissement que le TAR, si la transition vers la PSD est amorcée ou lors de la collecte du TAR pour le groupe communautaire	Collecte du TAR et des ordonnances de PF dans la même salle et dans la même pharmacie	Pas encore disponible	Injection administrée là où se fait l'évaluation du TAR ; personne désignée pour récupérer les TAR pour le reste du groupe	Distribué au membre du groupe a sein de l'établissement ; distribué dans la communauté
QUI	Disponible, mais non utilisé	Médecin, agent clinique, sage-femme ou personnel infirmier formés à la pose d'implant	Agent clinique, sage-femme ou personnel infirmier formés à la PF peuvent rédiger l'ordonnance	Pas encore disponible	Agent clinique, sage-femme ou personnel infirmier formés à la PF	Collecte par le client ou distribué sur place par les sages-femmes, le personnel infirmier ou les agents non professionnels
QUOI	Disponible, mais non utilisé	Implant : informations, conseils, pose/retrait, gestion des effets secondaires	Pilules progestatives ou combinées : informations, conseils, ordonnance, gestion des effets secondaires	Pas encore disponible	Injection : informations, conseils, administration, gestion des effets secondaires	Préservatifs masculins et féminins : informations, conseils, distribution

\*Au Kenya, seule l'injection trimestrielle est disponible.

## QUI

### Le même agent de santé prend en charge le TAR et la planification familiale

Les modèles de prestation différenciée des TAR peuvent renforcer l'intégration de la prise en charge du VIH et des services de planification familiale, **en veillant à ce que la distribution des TAR et des méthodes contraceptives soit effectuée par le même agent de santé**. Pour fournir des modèles intégrés réussis de planification familiale et de TAR, il sera fondamental de prendre en compte les enjeux politiques et de formation afin de déterminer qui peut fournir des conseils, prescrire, distribuer, administrer ou poser les diverses méthodes contraceptives.

### Le partage des tâches favorise l'intégration du TAR et de la planification familiale

Il peut être nécessaire d'autoriser d'autres professionnels à prescrire des implants et des DIU, notamment lorsque seuls les infirmières sages-femmes et les médecins y sont autorisés. Le partage des tâches, visant à confier la distribution des contraceptifs oraux ou l'administration des injections aux agents de santé communautaires, ou si possible, aux travailleurs non professionnels ou aux clientes elles-mêmes, pourrait accélérer la prestation de services dans les établissements et favoriser la disponibilité des contraceptifs oraux et injectables dans les communautés. Plusieurs exemples montrent son efficacité, permettant de généraliser l'accès aux méthodes de planification familiale [31–35].

### La gestion de la contraception par les femmes favorise l'intégration du TAR et de la planification familiale

La disponibilité accrue des injections sous-cutanées AMPR (AMPR-SC), à savoir, un produit injectable tous les trois

mois pouvant être auto-administré par l'utilisatrice ou administré par les cadres de santé, tels que les agents de santé communautaires), permet de diversifier les méthodes de planification familiale dans les modèles PSD, tout en laissant les femmes gérer leur contraception [5,36,37]. Cette approche est étayée par une nouvelle recommandation de l'OMS (encadré 6). Aider les femmes à prendre en charge leur santé sexuelle et reproductive, ainsi que leurs besoins contraceptifs contribue à leur autonomisation. Les injections d'AMPR-SC peuvent être plus facilement intégrées aux modèles communautaires dans le cadre desquels les consultations se tiennent tous les six ou douze mois. Elles sont disponibles dans au moins 20 pays de l'initiative Family Planning 2020 et nombre d'entre eux ont décidé d'étendre les modèles de prestation différenciée des TAR [5,38].



#### ENCADRÉ 6 : Recommandation de l'OMS relative aux contraceptifs auto-injectables

Les contraceptifs auto-injectables doivent être mis à disposition en tant que méthode supplémentaire pour offrir une contraception injectable aux femmes en âge de procréer.

Source : Organisation mondiale de la Santé. Lignes directrices unifiées relatives à la santé et aux droits en matière de sexualité et de reproduction des femmes vivant avec le VIH[4], 2017.



### Exemple 3 : Intégration des services de planification familiale pour les femmes et les filles venant d'accoucher dans le cadre d'un modèle de groupe animé par un agent de santé (clubs postnatals), Afrique du Sud

À Khayelitsha (Afrique du Sud), un établissement de santé organise des clubs postnatals pour les mères qui allaitent et leurs nourrissons exposés au VIH. Des groupes de trois à quinze femmes et leurs bébés se réunissent dans une « salle réservée au club » au sein de l'établissement, où elles reçoivent à la fois leur TAR et leur contraception. Dans les six premiers mois suivant l'accouchement, les mères et leurs bébés se rencontrent tous les mois (et bénéficient du suivi clinique d'une infirmière sage-femme). Les clubs se tiennent ensuite tous les trois mois jusqu'aux 18 mois de l'enfant.

Dans le cadre du club postnatal, les femmes reçoivent leur renouvellement de TAR, et bénéficient de services de planification familiale et des services destinés aux nourrissons exposés au VIH, comme la prophylaxie et les vaccinations. L'ensemble des services est fourni par la même infirmière sage-femme. Actuellement, la plupart des femmes du groupe utilisent un moyen de contraception injectable. Elles ont le choix entre des injections tous les deux mois ou tous les trois mois. Les renouvellements de contraception et de TAR se font simultanément. Les pilules contraceptives orales sont peu utilisées, mais lorsque c'est le cas, leur renouvellement coïncide avec celui du TAR (jusqu'à trois mois de prescription). Les CRLDA sont disponibles, mais peu utilisés.

**Figure 5 : Composantes de base des méthodes de planification familiale proposées aux femmes et aux jeunes filles venant d'accoucher dans le cadre d'un modèle de groupe animé par un agent de santé en Afrique du Sud**

	DIU	Implant	Pilule contraceptive	Injection sous-cutanée trimestrielle	Injection intramusculaire tous les 2 ou 3 mois	Préservatifs
QUAND	Proposé à la 18 <sup>e</sup> ou 22 <sup>e</sup> semaine après l'accouchement, le jour de la réunion du club QUOI	Proposé à la 18 <sup>e</sup> ou 22 <sup>e</sup> semaine après l'accouchement, le jour de la réunion du club	Lors de chaque réunion du club, renouvelée en même temps que le TAR, à savoir tous les mois durant les 6 premiers mois, puis tous les 3 mois	Pas encore disponible	Lors de chaque réunion du club, vise à coïncider avec la prescription de TAR tous les 3 mois	Lors de chaque réunion du club
OÙ	Pièce séparée	Pièce séparée	Salle réservée au club	Pas encore disponible	Pièce séparée	Salle réservée au club
QUI	Personnel infirmier du club	Personnel infirmier du club	Personnel infirmier du club	Pas encore disponible	Personnel infirmier du club	Personnel infirmier du club Animateur du club
QUOI	DIU : informations, conseils, pose/retrait, gestion des effets secondaires	Implant : informations, conseils, pose/retrait, gestion des effets secondaires	Pilules progestatives et combinées : informations, conseils, ordonnance, gestion des effets secondaires	Pas encore disponible	2-et 3-Injection : informations, conseils, administration, gestion des effets secondaires	Préservatifs masculins et féminins : informations, conseils, distribution



## CONSIDÉRATIONS CONCERNANT DES POPULATIONS SPÉCIFIQUES

---

### Adolescentes

Les adolescentes vivant avec le VIH peuvent bénéficier des mêmes méthodes de contraception que les femmes adultes. Elles ont le droit d'accéder à l'éventail complet des options contraceptives, notamment les méthodes réversibles à longue durée d'action et la contraception d'urgence [6]. Les méthodes contraceptives réversibles à longue durée d'action sont sans risques et particulièrement appropriées pour les adolescentes, y compris les adolescentes nullipares [14]. En comparaison avec les femmes adultes, on observe souvent une plus faible observance et des taux plus élevés d'abandon chez les adolescentes lorsqu'elles utilisent des méthodes à courte durée d'action. C'est pourquoi les méthodes CRLDA peuvent être plus pratiques et efficaces [6,39]. Parmi les modèles de prestation différenciée des TAR les plus courants pour les adolescents figure le club d'adolescents. L'intégration de services de planification familiale dans ces clubs doit être une priorité pour répondre aux besoins spécifiques de ce groupe vulnérable en matière de santé sexuelle et reproductive.

### Femmes plus âgées

Les femmes de plus de 40 ans, actives sexuellement et souhaitant éviter une grossesse non désirée, devraient utiliser une méthode de contraception jusqu'à la ménopause. Elles pourront être intéressées par des méthodes réversibles à longue durée d'action ou des méthodes permanentes. Cependant, il est important qu'elles adhèrent au choix effectué parmi l'éventail d'options disponibles.

### Femmes et filles qui allaitent

Les femmes et les jeunes filles venant d'accoucher présentent les plus grands besoins non satisfaits en matière de contraception [2]. Leur fournir des contraceptifs après l'accouchement et pendant l'allaitement impose de tenir compte du caractère particulier de ces situations. Pour plus d'informations, voir les documents de l'OMS Postpartum Family Planning Compendium [40] et Family Planning: A Global Handbook for Providers [30]. Les ateliers de l'exemple 3 montrent la façon dont cette intégration a été menée en Afrique du Sud.

# CONCLUSION

Accroître la disponibilité et favoriser l'adoption des méthodes de contraception, y compris des méthodes fiables à longue durée d'action, est une stratégie capitale pour améliorer la santé et le bien-être des personnes vivant avec le VIH, mais aussi pour éviter la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Mettre à profit les modèles de prestation différenciée des TAR chez les femmes et les filles vivant avec le VIH donne aussi l'occasion d'améliorer la qualité des services de planification familiale tout en augmentant leur portée. Pour cela, des actions de plaidoyer doivent demander plus d'investissements et un meilleur accès aux contraceptifs, ainsi que l'adoption de politiques nationales à même de lever les obstacles à la prestation de services de planification familiale. Ces actions doivent comprendre, entre autres, une évaluation des politiques et des lignes directrices, une augmentation du partage des tâches et la décentralisation des services de planification familiale de manière à mieux les intégrer aux modèles de prestation différenciée des TAR.

**À la faveur d'une approche fondée sur les droits et centrée sur les clientes, toutes les femmes et toutes les filles vivant avec le VIH admises dans les modèles de prestation différenciée des TAR doivent recevoir régulièrement des conseils et des informations sur la planification familiale, être en mesure de choisir parmi le plein éventail de méthodes de contraception et accéder facilement à la méthode de leur choix. Pour ce faire, les politiques, les programmes et les services de planification familiale et liés au VIH doivent converger.**

1. Mobiliser les femmes et les filles qui vivent avec le VIH.
2. Mettre l'orientation et le suivi dans le cadre de la PDS au service de la continuité de la planification familiale.
3. Favoriser l'utilisation de méthodes contraceptives réversibles à longue durée d'action chez les clientes des modèles de prestation différenciée des TAR.
4. Faire coïncider les renouvellements des TAR et des contraceptifs dans les modèles de prestation différenciée des TAR.
5. Intégrer la planification familiale et les soins liés au TAR à des modèles de prestation différenciée des TAR dans les établissements et les communautés.



# ANNEXE 1 : PRÉSENTATION DES MÉTHODES DE CONTRACEPTION

## Méthodes de contraception disponibles en fonction des pays et des programmes

<b>CONTRACEPTION RÉVERSIBLE À LONGUE DURÉE D'ACTION (CRLDA) ET MÉTHODES DE CONTRACEPTION PERMANENTES</b>		
<p>Une fois posées, les CRLDA ne nécessitent plus aucune interaction avec le système de santé avant qu'un projet de grossesse ne soit lancé, que leur efficacité n'arrive à son terme ou que l'utilisatrice ne choisisse de les faire retirer. Quant aux méthodes permanentes et irréversibles, elles ne nécessitent pas non plus d'autres interactions avec le système de santé.</p>		
<p><b>Méthodes contraceptives réversibles à longue durée d'action</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ces méthodes offrent une contraception d'une grande fiabilité pour une durée prolongée, sans intervention de la part de l'utilisatrice (elles n'imposent ni visites cliniques régulières, ni renouvellement des produits, ni même d'y penser).</li> <li>Ces méthodes sont pleinement réversibles : les projets de grossesse sont possibles après leur retrait.</li> <li>Ces méthodes ne sont pas réservées à une utilisation à long terme. L'utilisatrice a la possibilité, et le droit, de cesser leur utilisation quand elle le souhaite.</li> <li>Les CRLDA désignent les dispositifs intra-utérins (DIU) et les implants contraceptifs.</li> </ul>		
	<b>Durée d'efficacité</b>	<b>Efficacité réelle*</b>
<p><b>Implant contraceptif (implants LNG et ETG)</b></p> <p>Bâtonnet cylindrique en plastique, de la taille d'une allumette, qui libère un progestatif. Posé par un prestataire de soins de santé formé à cet effet. Chez la femme, un ou deux bâtonnets sont insérés sous la peau à l'intérieur du bras, au-dessus du coude.</p>	3 à 5 ans	Très efficace
<p><b>Dispositif intra-utérin hormonal (DIU-LNG)</b></p> <p>Petit dispositif en plastique souple qui libère une faible quantité de lévonorgestrel, un progestatif. Posé dans l'utérus, via le vagin et le col de l'utérus, par un prestataire de soins de santé formé à cet effet.</p>	3 à 5 ans	Très efficace
<p><b>Dispositif intra-utérin au cuivre (DIU au cuivre)</b></p> <p>Petit dispositif en plastique souple recouvert de cuivre. Posé dans l'utérus, via le vagin et le col de l'utérus, par un prestataire de soins de santé formé à cet effet.</p>	5 à 10 ans	Très efficace
<p><b>Méthodes de contraception permanentes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ces méthodes offrent une contraception très efficace de manière définitive.</li> <li>Elles sont irréversibles.</li> <li>Les méthodes de contraception permanentes sont sûres et adaptées aux femmes et aux couples qui n'ont plus de projets de grossesse, ont été informés de la nature irréversible de ces méthodes, ont choisi une méthode permanente de leur plein gré et ont donné leur libre consentement éclairé.</li> </ul>		
	<b>Durée d'efficacité</b>	<b>Efficacité réelle*</b>
<p><b>Stérilisation masculine (vasectomie)</b></p> <p>Stérilisation chirurgicale permanente chez les hommes qui n'ont plus de projets d'enfant. Les deux canaux déférents qui transportent les spermatozoïdes au pénis sont sectionnés ou bloqués par une petite incision dans le scrotum.</p>	Permanente	Très efficace
<p><b>Stérilisation féminine (ligature des trompes)</b></p> <p>Stérilisation chirurgicale permanente chez les femmes qui n'ont plus de projets de grossesse. Les deux trompes de Fallope qui transportent les ovules depuis les ovaires sont sectionnées ou bloquées lors d'une intervention chirurgicale.</p>	Permanente	Très efficace

## AUTRES MÉTHODES RÉVERSIBLES (MÉTHODES À COURT TERME)

Ces méthodes imposent des interactions régulières avec le corps médical, un renouvellement des produits et/ou des interventions médicales pour assurer leur efficacité en continu.

- Elles offrent une contraception efficace mais imposent à l'utilisatrice de se plier à des visites cliniques régulières, de se souvenir de prendre son contraceptif, de l'utiliser correctement et régulièrement et de le renouveler.
- Ces méthodes de contraception sont réversibles : les projets de grossesse sont possibles après leur arrêt.
- Elles peuvent aussi être utilisées à long terme.

	Durée d'efficacité	Efficacité réelle*
<p><b>Contraceptif injectable combiné mensuel (CIC)</b></p> <p>Ce contraceptif contient deux hormones, un progestatif et un œstrogène. Il est injecté dans le muscle une fois par mois.</p>	Injection mensuelle	Efficace
<p><b>Injections progestatives :</b> Injection trimestrielle d'acétate de médroxyprogestérone-retard (AMPR) intramusculaire ou sous-cutanée (AMPR SC ; Sayana Press) ; injection bimensuelle d'énantate de noréthistérone (EN-NET) intramusculaire.</p> <p>Ces injections, qui contiennent une hormone progestative, sont administrées dans le muscle. Une nouvelle formulation, l'AMPR SC, permet une injection juste sous la peau.</p>	Injection tous les 2 ou 3 mois	Efficace
<p><b>Contraception orale combinée (COC)</b></p> <p>Pilule qui contient une faible dose de deux hormones, un progestatif et un œstrogène.</p>	Pilule à prendre quotidiennement	Efficace
<p><b>Contraception orale progestative (COP)</b></p> <p>Pilule qui contient une très faible dose de progestatif.</p>	Pilule à prendre quotidiennement	Efficace
<p><b>Anneau contraceptif vaginal</b></p> <p>Anneau souple placé dans le vagin par la femme. Il libère en continu deux hormones, un progestatif et un œstrogène. La femme garde l'anneau 3 semaines, puis le retire la quatrième semaine.</p>	Anneau à changer toutes les 4 semaines.	Efficace
<p><b>Patch contraceptif</b></p> <p>Un petit carré de plastique souple et fin collé sur la peau, qui libère en continu deux hormones, un progestatif et un œstrogène. La femme colle un nouveau patch chaque semaine pendant 3 semaines, et ne porte aucun patch la quatrième semaine.</p>	Patch à changer chaque semaine.	Efficace
<p><b>Préservatifs masculins et féminins</b></p> <p>Un étui, généralement en latex, à placer sur le pénis en érection. Un étui avec des anneaux souples à chaque extrémité, à placer dans le vagin. En différents matériaux comme du latex et du polyuréthane. Les préservatifs masculins et féminins aident à protéger des infections sexuellement transmissibles tout en évitant les grossesses.</p>	À utiliser systématiquement et correctement à chaque rapport.	Efficacité modérée à faible
<h2>CONTRACEPTION D'URGENCE</h2>		
<p><b>Contraception orale d'urgence (COU)</b></p> <p>Parfois appelée « pilule du lendemain », la COU peut aider à éviter une grossesse si elle est prise dans les 5 jours suivant un rapport non protégé. Plusieurs options existent : des pilules contraceptives spéciales, des pilules progestatives et des pilules combinées.</p>		
<p><b>DIU au cuivre utilisé en contraception d'urgence</b></p> <p>Très efficace en guise de contraception d'urgence Peut offrir une protection à long terme après avoir été posé en urgence.</p>		

Source : d'après les directives de l'OMS sur la planification familiale/la contraception (2018) [30,41]

\* L'efficacité réelle désigne les conditions d'utilisation courantes d'une utilisatrice moyenne (avec des oublis ou erreurs occasionnelles).

# RÉFÉRENCES

- 1 Organisation mondiale de la Santé. Planification familiale, 2008. Disponible à l'adresse : [https://www.who.int/reproductivehealth/topics/family\\_planning/fr/](https://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/fr/) (version anglaise consultée le 20 avril 2020).
- 2 Organisation mondiale de la Santé. Providing contraceptive services in the context of HIV treatment programmes. Implementation Tool, 2019. Disponible à l'adresse : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325859/WHO-CDS-HIV-19.19-eng.pdf?ua=1> (consulté le 20 avril 2020).
- 3 Chola L, McGee S, Tugendhaft A, Buchmann E, Hofman K. Scaling Up Family Planning to Reduce Maternal and Child Mortality: The Potential Costs and Benefits of Modern Contraceptive Use in South Africa. *PLoS One* 2015;10:e0130077–e0130077.
- 4 Organisation mondiale de la Santé. Lignes directrices unifiées relatives à la santé et aux droits en matière de sexualité et de reproduction des femmes vivant avec le VIH, 2017. Disponible à l'adresse : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312286/9789242549997-fre.pdf> (version anglaise consultée le 20 avril 2020).
- 5 Organisation mondiale de la Santé. Lignes directrices consolidées sur les interventions d'autoprise en charge en matière de santé : santé sexuelle et reproductive et droits connexes, 2019. Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/self-care-interventions/en/#> (version anglaise consultée le 20 avril 2020).
- 6 Organisation mondiale de la Santé. Recommandations de l'OMS relatives à la santé et aux droits des adolescents en matière de sexualité et de reproduction, 2018. Disponible à l'adresse : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311413/9789242514605-fre.pdf> (version anglaise consultée le 20 avril 2020).
- 7 Reynolds HW, Janowitz B, Wilcher R, Cates W. Contraception to prevent HIV-positive births: current contribution and potential cost savings in PEPFAR countries. *Sex Transm Infect*, 2008 ; volume 84, supplément 2ii, p. 49-53.
- 8 Reynolds HW, Janowitz B, Homan R, Johnson L. The value of contraception to prevent perinatal HIV transmission. *Sex Transm Dis*, 2006 ; volume 33, p. 350-356.
- 9 IATT M&E WG. Global Monitoring Framework and Strategy for the Global Plan towards elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive (EMTCT), 2012. Disponible à l'adresse : [http://srhhivlinkages.org/wp-content/uploads/2013/04/global\\_plan\\_me\\_frame\\_en.pdf](http://srhhivlinkages.org/wp-content/uploads/2013/04/global_plan_me_frame_en.pdf) (consulté le 16 mars 2020).
- 10 OMS. Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infections. Recommendations for a Public Health Approach, 2016. Disponible à l'adresse : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf) (consulté le 7 mai 2020).
- 11 Organisation mondiale de la Santé. Quality of care in contraceptive information and services, based on human rights standards: a checklist for health care providers, 2017. Disponible à l'adresse : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254826/1/9789241512091-eng.pdf> (consulté le 4 mai 2020).
- 12 Organisation mondiale de la Santé. Garantir les droits de l'homme lors de la fourniture d'informations et de services en matière de contraception, 2014. Disponible à l'adresse : [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/126317/9789242506747\\_fre.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/126317/9789242506747_fre.pdf) (version anglaise consultée le 20 avril 2020).
- 13 Organisation mondiale de la Santé. Contraception d'urgence : principaux repères, 2018. Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception> (version anglaise consultée le 20 avril 2020).
- 14 Organisation mondiale de la Santé. Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. Cinquième édition, 2015. Disponible à l'adresse : [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249591/9789242549157\\_fre.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249591/9789242549157_fre.pdf) (version anglaise consultée le 20 avril 2020).
- 15 Clinton Health Access Initiative. Family Planning Market Report, 2018. Disponible à l'adresse : [https://www.clintonhealthaccess.org/wp-content/uploads/2019/01/2018\\_CHAI\\_Family\\_Planning\\_Market\\_Report.pdf](https://www.clintonhealthaccess.org/wp-content/uploads/2019/01/2018_CHAI_Family_Planning_Market_Report.pdf) (consulté le 20 avril 2020).
- 16 Feyissa TR, Harris ML, Melka AS, Loxton D. Unintended Pregnancy in Women Living with HIV in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review and Meta-analysis. *AIDS Behav*, 2019 ; volume 23, p. 1431-1451.
- 17 Adeniyi OV, Ajayi AI, Moyaki MG, Goon D Ter, Avramovic G, Lambert J. High rate of unplanned pregnancy in the context of integrated family planning and HIV care services in South Africa. *BMC Health Serv Res*, 2018 ; volume 18, p. 140.
- 18 Sutton MY, Zhou W, Frazier EL. Unplanned pregnancies and contraceptive use among HIV-positive women in care. *PLoS One*, 2018 ; 13:e0197216.
- 19 O'Shea MS, Rosenberg NE, Tang JH, Mukuzunga C, Kaliti S, Mwale M, et al. Reproductive intentions and family planning practices of pregnant HIV-infected Malawian women on antiretroviral therapy. *AIDS Care*, 2016 ; volume 28, p. 1027-1034.
- 20 Schwartz SR, Rees H, Mehta S, Venter WDF, Taha TE, Black V. High incidence of unplanned pregnancy after antiretroviral therapy initiation: findings from a prospective cohort study in South Africa. *PLoS One*, 2012 ; 7:e36039–e36039.
- 21 Sarnquist CC, Rahangdale L, Maldonado Y. Reproductive health and family planning needs among HIV-infected women in Sub-Saharan Africa. *Curr HIV Res*, 2013;11:160–8.
- 22 Family Planning 2020. FP2020 Progress Report, 2019. Disponible à l'adresse : [http://progress.familyplanning2020.org/sites/default/files/FP2020\\_2019Report\\_FINAL\\_110819.pdf](http://progress.familyplanning2020.org/sites/default/files/FP2020_2019Report_FINAL_110819.pdf) (consulté le 20 avril 2020).
- 23 Mayondi GK, Wirth K, Morroni C, Moyo S, Ajibola G, Diseko M, et al. Unintended pregnancy, contraceptive use, and childbearing desires among HIV-infected and HIV-uninfected women in Botswana: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 2016 ; volume 16, article no 44.
- 24 Antelman G, Medley A, Mbatia R, Pals S, Arthur G, Haberlen S, et al. Pregnancy desire and dual method contraceptive use among people living with HIV attending clinical care in Kenya, Namibia and Tanzania. *J Fam Plan Reprod Heal Care*, 2015 ; 41:e1–e1.
- 25 Alene KA, Atalell KA. Contraceptive use and method preference among HIV-positive women in Amhara region, Ethiopia. *BMC Women's Health*, 2018 ; volume 18, article no 97.
- 26 McCoy SI, Buzdugan R, Ralph LJ, Mushavi A, Mahomva A, Hakobyan A, et al. Unmet need for family planning, contraceptive failure, and unintended pregnancy among HIV-infected and HIV-uninfected women in Zimbabwe. *PLoS One*, 2014 ; 9:e105320–e105320.
- 27 Anam F, Chung C, Dilmitis S, Kenkem C, Matheson-Omond R, Moroz S, et al. Time to realise our sexual and reproductive health and rights. *Lancet Glob Heal*, 2018 ; 6:e1064–5.
- 28 Zash R, Makhema J, Shapiro RL. Neural-Tube Defects with Dolutegravir Treatment from the Time of Conception. *N Engl J Med*, 2018 ; 379, p. 979-981.
- 29 Inter-Agency Working Group on SRH and HIV Linkages. SRHR and HIV Linkages: Navigating the work in progress 2017, 2017. Disponible à l'adresse : [http://index.srhhivlinkages.org/docs/AWG\\_navigating-the-work-in-progress-2017.pdf](http://index.srhhivlinkages.org/docs/AWG_navigating-the-work-in-progress-2017.pdf) (consulté le 8 mai 2020).
- 30 Département Santé et recherche génésiques de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS/RHR) et École de santé publique Bloomberg de l'Université Johns Hopkins/ Centre des programmes de communication, projet Knowledge for Health. Family Planning: A Global Handbook for Providers (édition 2018), 2018. Disponible à l'adresse : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260156/1/9780999203705-eng.pdf> (consulté le 20 avril 2020).
- 31 Hoke TH, Wheeler SB, Lynd K, Green MS, Razafindravony BH, Rasamihajamanana E, et al. Community-based provision of injectable contraceptives in Madagascar: 'task shifting' to expand access to injectable contraceptives. *Health Policy Plan*, 2011 ; 27, p. 52-59.
- 32 Bertrand JT, Makani PB, Hernandez J, Akilimali P, Mukengeshayi B, Babazadeh S, et al. Acceptability of the community-level provision of Sayana® Press by medical and nursing students in Kinshasa, Democratic Republic of the Congo. *Contraception*, 2017 ; 96, p. 211-215.
- 33 Mwembo A, Emel R, Koba T, Sankoko JB, Ngay A, Gay R, et al. Acceptability of the distribution of DMPA-SC by community health workers among acceptors in the rural province of Lualaba in the Democratic Republic of the Congo: a pilot study. *Contraception*, 2018 ; 98, p. 454-459.
- 34 Burke HM, Mueller MP, Packer C, Perry B, Bufumbo L, Mbengue D, et al. Provider acceptability of Sayana® Press: results from community health workers and clinic-based providers in Uganda and Senegal. *Contraception*, 2014 ; 89, p. 368-373.
- 35 Burke HM, Mueller MP, Perry B, Packer C, Bufumbo L, Mbengue D, et al. Observational study of the acceptability of Sayana® Press among intramuscular DMPA users in Uganda and Senegal. *Contraception*, 2014 ; 89, p. 361-367.
- 36 Kohn JE, Simons HR, Della Badia L, Draper E, Morfesis J, Talmont E, et al. Increased 1-year continuation of DMPA among women randomized to self-administration: results from a randomized controlled trial at Planned Parenthood. *Contraception*, 2018 ; 97, p. 198-204.
- 37 Dragoman M V, Gaffield ME. The safety of subcutaneously administered depot medroxyprogesterone acetate (104 mg/0.65 mL): A systematic review. *Contraception*, 2016 ; 94, p. 202-215.
- 38 Family Planning 2020. FP2020 Pays, non daté. Disponible à l'adresse : <http://www.familyplanning2020.org/fr/countries> (version anglaise consultée le 20 avril 2020).
- 39 Jaccard J, Levitz N. Counseling adolescents about contraception: towards the development of an evidence-based protocol for contraceptive counselors. *J Adolesc Health*. 2013 ; volume 52(4 Suppl), p. 6-13.
- 40 Organisation mondiale de la Santé. Postpartum Family Planning Compendium, non daté. Disponible à l'adresse : <http://srhr.org/postpartumfp> (consulté le 20 avril 2020).
- 41 Organisation mondiale de la Santé. Contraception d'urgence : principaux repères, 2018. Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception> (version anglaise consultée le 20 avril 2020).