

La prestation différenciée des services de planification familiale et de contraception

et les possibilités d'intégration des TAR et de la PrEP



« **La prestation différenciée des services de planification familiale et de contraception et les possibilités d'intégration des TAR et de la PrEP** » est un supplément au *Cadre décisionnel pour la prestation différenciée des traitements antirétroviraux*. Ce document décrit comment les modèles de prestation différenciée de services (PDS) peuvent être mis à profit pour renforcer les services de planification familiale, y compris par le biais de PDS intégrées couvrant le traitement du VIH d'une part et la prophylaxie préexposition (PrEP) d'autre part.

L'objectif est de fournir :

- **Un aperçu de la prestation différenciée de services**
- **Une vue d'ensemble de la PDS de planification familiale**
- **Des conseils sur la manière d'intégrer la PDS de planification familiale et les traitements antirétroviraux (TAR)**
- **Des conseils sur la manière d'intégrer la PDS de planification familiale et la PrEP**
- **Des études de cas et des exemples tirés de l'expérience de certains pays**

Ce supplément est destiné aux responsables nationaux et régionaux des programmes de planification familiale et de traitement du VIH, aux partenaires opérationnels et communautaires, et aux donateurs. À lire conjointement avec le rapport détaillé intitulé *Cadre décisionnel pour la prestation de traitements antirétroviraux*.

SIGLES ET ACRONYMES

ASC	Agent de santé communautaire	PDS	Prestation différenciée de services
DIU	Dispositif intra-utérin	PrEP	Prophylaxie préexposition
DMM	Dispensation plurimensuelle	S/C	Sous-cutané
DMPA	Acétate de médroxyprogestérone	TAR	Traitement antirétroviral
GCT	Groupe communautaire TAR		
IST	Infection sexuellement transmissible		
LARC	Contraceptif réversible à longue durée d'action		
MMS	Prescription multi-mois		
OMS	Organisation mondiale de la Santé		

Introduction

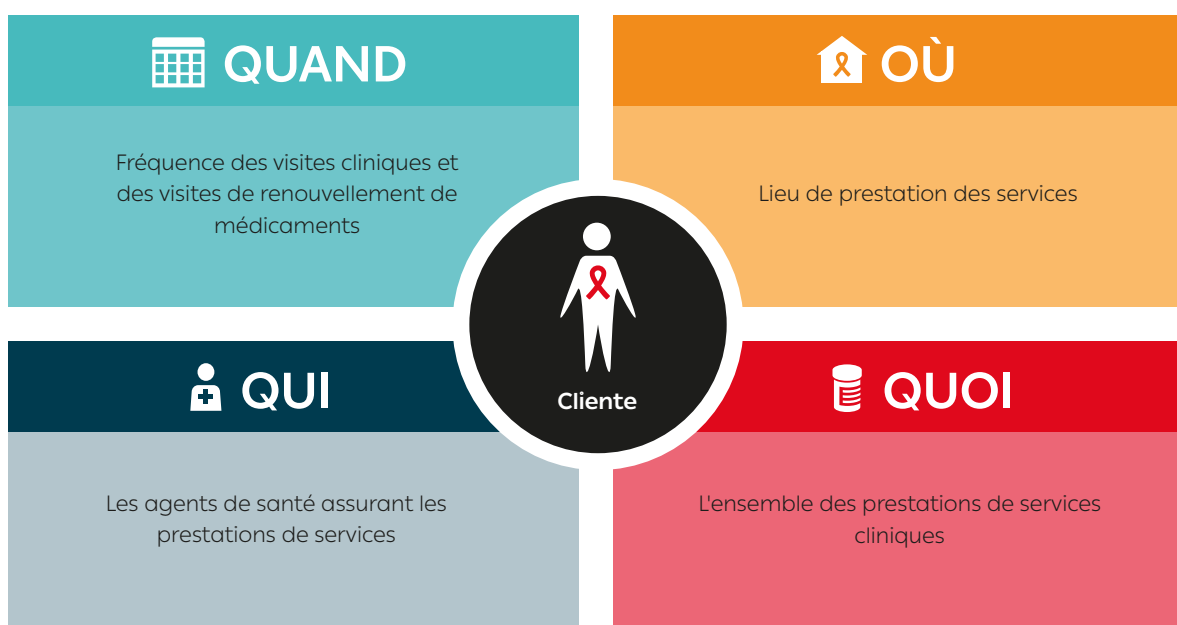
Qu'est-ce que la prestation différenciée de services ?

La prestation différenciée de services (PDS) est une approche axée sur le patient qui vise à simplifier et à adapter les services liés au VIH dans l'ensemble de la cascade de soins, de manière à mieux répondre aux besoins des personnes vivant avec le VIH et à réduire les charges inutiles qui pèsent sur le système de santé.

La PDS n'a pas été conçue pour la seule fourniture de traitements antirétroviraux (TAR) et les principes sur lesquels elle repose peuvent s'appliquer à tout besoin de santé justifiant une médication continue, y compris les services de planification familiale.

Composantes de base de la prestation différenciée de services

Lors de la conception de modèles de prestation différenciée de services adaptés à des traitements de longue durée, quatre composantes de base doivent être prises en compte :



Prestation différenciée de services pour les clients nécessitant un traitement de longue durée

Pour les personnes vivant avec le VIH et bénéficiant d'un TAR (voir encadré 1), les ministères de la santé ont mis en place, conformément aux recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), quatre modèles de PDS spécifiques au traitement du VIH. Les mêmes modèles sont de plus en plus utilisés pour le renouvellement de médicaments de prophylaxie préexposition (PrEP) et pour soigner des maladies chroniques. Ces modèles peuvent également être utilisés pour la fourniture de services de planification familiale et de contraception qui nécessitent un approvisionnement continu en médicaments. Les quatre modèles sont classés comme suit :

Modèles individuels en établissement (par exemple, renouvellement accéléré, collecte rapide, etc.)	Les personnes viennent chercher leur renouvellement de médicaments directement auprès de la pharmacie de la clinique sans avoir à faire la queue pour voir un clinicien. Pour voir comment fonctionne ce modèle, veuillez visionner cette vidéo .
Modèles individuels hors établissement (par exemple, points de collecte communautaires, pharmacies communautaires, pharmacies privées, services mobiles, livraison à domicile, etc.)	Les personnes viennent chercher leur renouvellement de médicaments dans un lieu situé en dehors de la clinique. Il existe de nombreux exemples de ce modèle, notamment les cliniques mobiles qui se rendent dans un lieu spécifique à des dates données, les pharmacies communautaires liées à l'établissement ou encore les services de livraison à domicile. Pour voir comment fonctionne ce modèle, veuillez visionner cette vidéo .
Modèles de groupes gérés par les agents de santé (par exemple, les clubs d'observance thérapeutique ou les clubs d'adolescents et adolescentes)	Des groupes de 20 à 30 personnes se réunissent à un moment défini dans un lieu convenu, qui peut être situé à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement de santé, afin de récupérer leur renouvellement de médicaments. Le groupe est supervisé par un infirmier, un conseiller, un agent de santé communautaire ou un pair. Du temps est consacré au soutien par les pairs et les médicaments sont préemballés pour faciliter une collecte rapide. Pour voir comment fonctionne ce modèle, veuillez visionner cette vidéo .
Modèles de groupes gérés par les clients (par exemple, les groupes de traitement communautaires, groupes d'observance thérapeutique communautaires, etc.)	Des groupes de quatre à dix personnes, vivant à proximité les unes des autres, se réunissent dans un lieu de la communauté convenu pour aller chercher leur renouvellement de médicaments auprès d'un membre du groupe. Le groupe nomme un chef et, pour chaque renouvellement, désigne un membre chargé d'aller chercher les renouvellements thérapeutiques pour le groupe tout entier. Pour voir comment fonctionne ce modèle, veuillez visionner cette vidéo .



Lignes directrices de l'OMS

Encadré 1 – Personne stabilisée sous TAR

L'OMS utilise les critères suivants pour déterminer si une personne est stabilisée sous TAR :

- Recevoir un traitement antirétroviral depuis au moins six mois
- Pas de maladie déclarée, ce qui n'inclut pas les problèmes de santé chroniques sous contrôle
- Bonne compréhension de l'adhésion à vie : conseils d'adhésion adéquats fournis
- Résultats probants du traitement : au moins un résultat de suppression de la charge virale au cours des six derniers mois (si la charge virale n'est pas disponible : taux de CD4 > 200 cellules/mm³ et taux de CD4 > 350 cellules/mm³ pour les enfants de 3 à 5 ans, ou prise de poids, absence de symptômes et d'infections concomitantes). Pour les enfants de 3 à 5 ans, taux de CD4 > 350 cellules/mm³

Pourquoi une PDS de planification familiale ?

Sur les 1,9 milliard de femmes en âge de procréer (âgées de 15 à 49 ans) dans le monde, on estime que 874 millions utilisent une méthode contraceptive moderne. Parallèlement, 164 millions de femmes souhaitent retarder ou éviter une grossesse, mais n'utilisent aucune méthode contraceptive et sont considérées comme ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale (2). En 2024, les besoins non satisfaits en matière de contraception allaient de 14 % en Asie et dans le Pacifique à 19 % en Afrique centrale, de l'Est, australe et de l'Ouest (3).

Les besoins non satisfaits en matière de contraception sont particulièrement élevés chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans (43 % contre 24 % pour l'ensemble des femmes en âge de procréer). Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, on estime à 21 millions le nombre de grossesses précoces, dont près de la moitié ne sont pas désirées. Parmi ces grossesses non désirées, 55 % se terminent par des avortements, dont beaucoup ne sont pas sécurisés (4).

L'application d'une approche de PDS à la planification familiale, centrée sur la cliente et s'articulant autour des composantes de

base « Quand », « Où », « Qui » et « Quoi » de la prestation de services, peut réduire la charge pesant sur les clientes déjà suivies tout en élargissant l'accès à celles dont les besoins ne sont pas satisfaits. En proposant des modèles de prestation de services flexibles, les femmes peuvent plus facilement accéder aux soins à des moments et en des lieux qui leur conviennent.

Les méthodes contraceptives de longue durée d'action sont particulièrement bien adaptées à une approche de PDS, car elles réduisent la nécessité d'interagir fréquemment avec le système de santé. Pour les méthodes nécessitant des produits de santé en continu, proposer des prescriptions de plus longue durée et des renouvellements espacés réduit également la fréquence des visites, allège la charge pour les clientes, et contribue à lever les obstacles à l'adoption et à la continuité.

Des recommandations ont d'ailleurs été formulées en faveur de l'approche de PDS, notamment par l'OMS qui préconise, selon les préférences des utilisatrices et l'usage qu'elles veulent en faire, de fournir jusqu'à un an (13 cycles) de contraceptifs oraux, ce qui permet de réduire la fréquence du suivi clinique (5).



Selon l'OMS, « La planification familiale permet à chaque personne d'avoir le nombre d'enfants qu'elle désire, le cas échéant, et de déterminer l'espacement de ses grossesses » (6).

Les services de planification familiale doivent être accessibles à toutes les femmes en âge de procréer, y compris à celles vivant avec le VIH. Les femmes, les hommes et les couples affectés par le VIH devraient être consultés régulièrement – lors de chaque interaction clinique – et avec tact sur leurs intentions en matière de procréation, y compris sur leurs souhaits futurs d'avoir des enfants et la prévention des grossesses. Ces échanges doivent être exempts de tout jugement et centrés sur le client.

Un accompagnement complet en matière de conception sans risque et de planification de la grossesse devrait être offert aux clients qui souhaitent avoir un enfant. Une gamme complète de méthodes contraceptives et de conseils devrait être proposée aux personnes qui choisissent de ne pas en avoir.

Le choix de la méthode contraceptive doit être guidé par la durée de protection nécessaire, l'efficacité relative, les considérations cliniques, la voie d'administration souhaitée et les préférences individuelles, y compris en tenant compte des contraintes de planification liées à d'autres besoins de santé. L'annexe 1 donne un aperçu des méthodes contraceptives, de leur durée et de leur efficacité.

Selon l'OMS, l'éventail des méthodes contraceptives qui doivent être mises à

disposition comprend : les contraceptifs réversibles à longue durée d'action (LARC) tels que les implants et les dispositifs intra-utérins (DIU), les contraceptifs injectables de courte durée d'action (y compris les auto-injectables), les pilules contraceptives orales combinées et à progestatif seul, ainsi que les préservatifs masculins et internes (féminins). Dans certains contextes, des anneaux et des patchs contraceptifs sont également proposés. Les clients intéressés par des méthodes de contraception définitive, telles que la stérilisation féminine ou la vasectomie, doivent être orientés vers des services compétents. L'OMS recommande également que, dans le cadre des programmes nationaux de planification familiale, toutes les femmes et les jeunes filles aient accès à la contraception d'urgence.

L'OMS considère que les femmes et les jeunes filles vivant avec le VIH ou particulièrement exposées au VIH peuvent généralement utiliser toutes les méthodes contraceptives disponibles de manière sûre et efficace (voir encadré 2). En outre, le recours à une double protection – le préservatif associé à une autre méthode contraceptive efficace – doit être encouragé pour prévenir à la fois le VIH et les autres infections sexuellement transmissibles (IST).

Davantage de conseils sont fournis dans le document intitulé *Planification familiale : un manuel à l'intention des prestataires de services de planification familiale du monde entier* (édition 2022), publié par l'OMS et ses partenaires.



Lignes directrices de l'OMS

Encadré 2 : Recommandations de l'OMS relatives aux femmes et aux filles vivant avec le VIH et aux méthodes de contraception (5)

Toutes les méthodes de planification familiale, à l'exception des spermicides au nonoxynol-9, sont sans risques pour les personnes exposées à un risque élevé de VIH, y compris les méthodes hormonales (combinées ou à progestatif seul) et non hormonales.

https://fphandbook.org/sites/default/files/JHU-Handbook22_French.pdf (chapitre 23)

« L'OMS définit l'autosoin comme la capacité des personnes, des familles et des communautés à faire la promotion de la santé, à prévenir les maladies, à rester en bonne santé et à faire face à la maladie et au handicap avec ou sans l'accompagnement d'un soignant » (7). Pour certains services de santé, dont la planification familiale, le recours proactif à l'autosoin peut constituer une stratégie innovante pour renforcer les soins de santé primaires, améliorer la couverture maladie universelle et favoriser la continuité des services de santé dans les situations d'urgence.

L'OMS recommande l'autosoin comme un moyen de pouvoir choisir une méthode contraceptive parmi un plus grand nombre d'options (encadré 3). Les options d'autosoins en matière de contraception permettent également de diversifier les points d'accès aux contraceptifs et de rendre les interactions avec les services de santé plus flexibles. Les interventions d'autosoins dans le cadre de la contraception font référence à la contraception auto-injectable et à la contraception orale (lorsqu'elle est en vente libre).



Lignes directrices de l'OMS

Encadré 3 : Sélection de recommandations et de bonnes pratiques de l'OMS en matière d'autosoins et de planification familiale

Recommandations (7)

- La contraception injectable autoadministrée doit être disponible en tant qu'approche supplémentaire pour offrir une contraception injectable aux personnes en âge de procréer (recommandation forte ; preuves d'un niveau de certitude modéré) (7, 8).
- Des pilules contraceptives orales en vente libre doivent être disponibles pour les personnes qui utilisent des pilules orales (recommandation forte ; preuves d'un niveau de certitude très faible) (7).
- Fournir des pilules en quantités suffisantes pour couvrir les besoins d'une année, en tenant compte des préférences des femmes et de l'utilisation prévue.
- Les programmes doivent trouver un équilibre entre le fait de faciliter au maximum l'accès des femmes aux pilules et les contraintes relatives à l'approvisionnement en contraceptifs et à la logistique.
- Le système de réapprovisionnement doit être flexible afin que les femmes puissent obtenir facilement les pilules dont elles ont besoin au moment où elles en ont besoin.

Bonnes pratiques (7)

- Toutes les interventions d'autosoins dans le domaine de la santé doivent être accompagnées d'informations précises, compréhensibles et pratiques dans des formats et des langues accessibles, d'une part sur les interventions elles-mêmes, d'autre part sur les moyens d'établir un lien avec les services de soins de santé dans des établissements spécialisés ou communautaires. Les clients doivent pouvoir interagir avec un agent de santé ou un pair formé pour les aider à prendre des décisions concernant l'intervention et à la mettre en œuvre.
- Les interventions d'autosoins dans le domaine de la santé doivent donner aux clients une plus grande liberté de choix du moment et de la manière de se faire soigner, et plus spécifiquement leur laisser suffisamment de souplesse dans le choix des interventions et dans la nature et la fréquence des interactions qu'ils souhaitent avoir avec les services de santé.

PDS pour la planification familiale

Les composantes de base de la PDS et les modèles de suivi moins intensif, tels que décrits ci-dessus, peuvent également être appliqués à l'offre de services de planification familiale.

Si l'on considère les composantes de base des services de planification familiale, les méthodes contraceptives peuvent être divisées en deux catégories :

- **Les méthodes contraceptives qui, une fois initiées, ne nécessitent aucune interaction avec le système de santé** jusqu'à ce qu'une grossesse soit désirée, jusqu'au terme de leur efficacité ou jusqu'à ce que l'utilisatrice décide de les interrompre ; ces méthodes sont les LARC (implants et DIU). Les méthodes non réversibles définitives ne nécessitent pas non plus d'interactions ultérieures avec le système de santé.
- **Les méthodes contraceptives qui nécessitent une interaction régulière et continue avec les services de santé**, que ce soit pour un examen clinique, un renouvellement de prescription pour se procurer les produits ou pour se faire administrer ces produits ; ces méthodes incluent les pilules contraceptives, les patchs, les anneaux et les produits injectables. Lorsque ces méthodes sont mises en œuvre, un suivi est généralement proposé au bout de un à trois mois. Si la méthode est acceptable pour la cliente, la méthode choisie peut être prescrite pour une période plus longue, en prévoyant des renouvellements plurimensuels de pilules, d'anneaux, de patchs ou de doses auto-injectables. Lorsque la méthode doit être administrée par un professionnel de santé, des services communautaires ou accélérés sont possibles.



Évaluation des politiques de PDS pour la planification familiale

Avant de concevoir une PDS pour la planification familiale, il est important de comprendre la politique nationale applicable à chacune de ses composantes de base. Dans certains contextes, les politiques de délégation des tâches, de renouvellement des traitements sur des périodes de longue durée et de décentralisation des services de planification familiale et/ou de fourniture de méthodes contraceptives peuvent être plus avancées que celles relatives à la dispensation du TAR. Le tableau 1 présente certaines des principales questions liées à ces politiques qu'il convient d'évaluer avant d'élaborer une PDS pour la planification familiale.

Tableau 1 : Considérations en matière de politique pour la planification familiale au regard des composantes de base de la prestation différenciée de services

Composantes de base	Questions clés
 QUAND	Fréquence des services • Quelle est la fréquence de l'examen clinique de la cliente ? • Quelle est la durée maximale de prescription pour les pilules orales, les contraceptifs injectables (produits injectables administrés par un professionnel de santé et auto-injectables), les anneaux et les patchs ? • Quelle est la durée maximale de renouvellement pour les méthodes de contraception sur plusieurs mois ?
 OÙ	Lieu de prestation des services • Les services de soins de santé primaires peuvent-ils poser des implants et des DIU ? Est-ce différent pour les DIU hormonaux lorsqu'ils sont disponibles ? • La délivrance hors établissement de pilules, d'anneaux, de patchs et de produits injectables (injection intramusculaire ou sous-cutanée) est-elle autorisée ? • Les pilules orales en vente libre peuvent-elles être délivrées sans ordonnance ou sont-elles réservées à la contraception d'urgence ?
 QUI	Prestataire de services • Qui peut prescrire chacune des méthodes contraceptives ? • Qui peut poser des implants et des DIU en cuivre et hormonaux ? • Les agents de santé communautaires peuvent-ils administrer des contraceptifs injectables par voie intramusculaire ? • Les agents de santé communautaires peuvent-ils fournir des contraceptifs administrés par injection sous-cutanée ? • Les clientes peuvent-elles s'autoadministrer des contraceptifs par injection sous-cutanée ? • Les agents de santé communautaires ou les conseillers non professionnels peuvent-ils distribuer des méthodes contraceptives orales, des anneaux ou des patchs ?
 QUOI	Ensemble de services • Quelles sont les méthodes contraceptives proposées ? • Les préservatifs sont-ils systématiquement proposés avec les méthodes contraceptives pour la prévention des IST et du VIH ? • Existe-t-il des exigences spécifiques lorsque des services sont proposés dans le cadre d'un ensemble de services (réalisation de tests de grossesse par exemple) ?

Phases initiale et de continuation d'une PDS pour la planification familiale

La durée de la protection contre la grossesse que souhaite la cliente oriente souvent le choix de la méthode de contraception. Pour celles qui ont besoin d'une contraception à long terme, les méthodes LARC peuvent être plus adaptées. Certaines femmes peuvent également préférer une méthode à courte durée d'action et l'utiliser pendant quelques mois ou plusieurs années.

Historiquement, les politiques nationales de planification familiale n'ont pas distingué l'examen clinique de planification familiale des visites de renouvellement des traitements, les femmes devant aller à un examen clinique pour

chaque renouvellement. Ces politiques prévoient souvent un examen clinique un à trois mois après le début de l'utilisation d'une méthode de contraception à courte durée d'action. Contrairement aux TAR, il n'est pas nécessaire de définir la notion de « stabilisation » en matière de contraception, et il faut simplement pouvoir évaluer l'acceptabilité de la méthode et l'adhésion de la cliente. Si la méthode est acceptable, l'administration du contraceptif se poursuit avec des consultations cliniques moins fréquentes et, pour les méthodes à courte durée d'action, la prescription de renouvellements plurimensuels peut se poursuivre (tableau 2).

Les clientes des services de planification familiale ne devraient pas être obligées de se rendre de nouveau dans l'établissement de santé pour une évaluation de l'acceptabilité de la méthode de contraception, car cela constitue une charge inutile pour les femmes et le système de santé. Lors de l'initiation d'une méthode de contraception ou du changement de méthode, les prestataires doivent informer la cliente qu'elle doit revenir si la méthode ne lui convient pas ou si elle rencontre des difficultés concernant son administration. Cela permet d'allonger la période couverte par la prescription fournie la première fois. La première prescription peut

prévoir une durée de renouvellement plus courte (par exemple, une provision de trois mois) afin de réduire le risque de gaspillage si une femme décide, après avoir testé une méthode, de l'arrêter et d'en choisir une autre. Les renouvellements peuvent ensuite intervenir, sans examen clinique, dans le cadre d'un modèle de PDS accélérée au sein de la communauté ou en établissement. Lors de l'examen clinique annuel, la deuxième prescription peut prolonger la période couverte par chaque renouvellement. Pour les femmes qui utilisent déjà leur méthode contraceptive préférée, les renouvellements devraient être aussi espacés que possible.

Tableau 2 : Considérations relatives aux phases initiale et de continuation de la PDS de planification familiale

	Phase initiale du modèle de PDS pour le choix de la méthode - première prescription		Phase de continuation du modèle de PDS pour le choix de la méthode - à partir de la deuxième prescription	
	Évaluation clinique	Durée avant renouvellement	Évaluation clinique	Durée avant renouvellement
Méthode à longue durée d'action (DIU et implant)	Sauf en cas d'effets secondaires ou de complications liées à la mise en place, aucun suivi clinique n'est nécessaire jusqu'à ce qu'une grossesse soit désirée ou qu'un remplacement soit nécessaire			
Méthode à courte durée d'action, autoadministrée (pilules, doses auto-injectables (injections S/C), anneaux, patches)	12 mois après l'initiation	3 mois	Annuelle	12 mois (pilules pour 13 cycles ; 4 doses auto-injectables [injections S/C] ; 13 anneaux)
Méthode à courte durée d'action administrée par un professionnel de santé (injection intramusculaire)	Examen clinique anticipé sur décision de la cliente si la méthode n'est pas adaptée ou si son administration pose des problèmes	2 à 3 mois, avec une procédure d'administration accélérée		2 à 3 mois et exclusivement dans le cadre d'une procédure d'administration accélérée
				N.B. : il convient de noter que cette méthode s'accompagne d'une augmentation de la fréquence et de l'intensité des visites, et qu'elle peut être limitée aux options de PDS réalisables en établissement.



Les composantes de base de la PDS dans le cadre de la continuation d'une méthode contraceptive

Les composantes de base varient selon les méthodes contraceptives (tableau 3). Pour les méthodes à courte durée d'action, l'objectif est de fournir, dans la mesure du possible, des produits en quantité suffisante pour couvrir les besoins jusqu'au prochain examen clinique (annuel). Si la chaîne d'approvisionnement ne permet pas de délivrer des produits pour une durée de un an ou si l'achat d'une telle quantité de produits n'est pas possible, une prescription plurimensuelle devrait être fournie et spécifier des renouvellements plus rapprochés, délivrés dans le cadre d'un modèle ne nécessitant pas d'examen clinique. Les femmes pourraient se réapprovisionner à travers l'un des quatre modèles de renouvellement de PDS décrits à la page 4.

Pour celles qui utilisent un contraceptif injectable par voie intramusculaire, le modèle le plus approprié consisterait à s'assurer de la disponibilité sur place de professionnels de santé pouvant administrer le produit en appliquant un mécanisme accéléré ne nécessitant pas d'examen clinique. Cela est plus facile lorsqu'il existe un établissement de santé, mais peut aussi se concevoir dans le cadre d'une campagne itinérante de sensibilisation des communautés. Dans certains contextes, les ASC peuvent être en mesure d'administrer l'injection intramusculaire en dehors des établissements, et des partenariats entre le secteur public et des pharmacies privées peuvent également être envisagés pour réaliser des injections dans des lieux alternatifs.

Tableau 3 : Composantes de base de la PDS de planification familiale pour différentes méthodes contraceptives

	Méthodes à courte durée d'action : auto-injections et pilules contraceptives	Injections (administrées par un professionnel de santé)
 QUAND	Produits fournis pour couvrir les besoins en matière de protection pendant une année (par exemple, 13 boîtes de pilules, 4 doses auto-injectables, etc.)	Administration accélérée Tous les 2 ou 3 mois en fonction de la formulation
 où	En établissement Hors établissement	En établissement Hors établissement
 QUI	Médecin (prescrit et distribue) Personnel infirmier (prescrit et distribue) Agent de santé communautaire (distribue/administre) Pair (distribue/administre) Cliente (auto-injection)	Médecin (prescrit et administre) Personnel infirmier (prescrit et administre) Agent de santé communautaire formé (prescrit et administre)



Exemple de cas :

Amélioration des soins contraceptifs grâce à l'accès communautaire au Malawi

Au Malawi, le programme de planification familiale s'est concentré sur l'amélioration de l'accès aux méthodes contraceptives modernes. Dans le cadre de ces efforts, les professionnels de santé communautaires que constituent les assistants de surveillance sanitaire, les agents de distribution à base communautaire et les mobilisateurs communautaires ont été formés pour soutenir la demande, l'administration et la distribution de produits contraceptifs spécifiques. Les assistants de surveillance sanitaire stimulent la demande pour toutes les méthodes et la distribution des méthodes à courte durée d'action, les agents de distribution à base communautaire distribuent des pilules orales et des doses pour auto-injections sous-cutanées, tandis que les mobilisateurs communautaires promeuvent la demande pour des méthodes différentes et facilitent le recours aux services de proximité pour la ligature des trompes et la stérilisation masculine (tableau 4).

Tableau 4 : Composantes de base des modèles de PDS de planification familiale au Malawi

Méthodes		DIU	Implant	Pilules orales	Contraceptif autoadministré par injection sous-cutanée	Contraceptif injectable par voie intramusculaire
 QUAND Fréquence du service	Examen clinique	6-7 ans	3-5 ans	Tous les 3 mois	Annuelle	Tous les 3 mois
	Période couverte par la prescription			3 mois	1 an	3 mois
	DMM			3 mois* (3 lots) * 6-12 mois en cas de voyage	12 mois(4 doses)	3 mois (1 dose)
 Lieu de prestation des services	En établissement, dans la communauté ou les deux	Services de planification familiale en établissement	Services de planification familiale en établissement Cliniques de proximité	Services de planification familiale en établissement Cliniques de proximité Communauté et domicile	Services de planification familiale et cliniques de proximité Communauté et domicile	Services en établissement Cliniques de proximité
 QUI Prestataire de services	Agents de santé	Personnel infirmier spécialisé en planification familiale, cliniciens, médecins, assistantes sages-femmes communautaires, infirmières/sages-femmes en santé communautaire	Personnel infirmier spécialisé en planification familiale et en santé maternelle et infantile, cliniciens	Personnel infirmier, assistants de surveillance sanitaire, agents communautaires de distribution	Personnel infirmier, assistants de surveillance sanitaire, agents communautaires de distribution, clientes	Personnel infirmier, cliniciens, assistants de surveillance sanitaire
	Autoadministré			Oui	Oui	Non
 QUOI Ensemble de services	Service supplémentaire ou intégré			Intégré à d'autres services	Calendrier de la cliente Autotest de grossesse Ligne d'appel	Intégré à d'autres services

DMM - dispensation plurimensuelle

PDS de planification familiale et intégration avec les TAR

Pour améliorer l'accès à la planification familiale, l'OMS recommande d'en intégrer les services aux structures de soins du VIH (encadré 4). Les services de planification familiale devraient être proposés à toutes les femmes en âge de procréer vivant avec le VIH, à chaque visite clinique liée au VIH. L'intégration des services de planification familiale et de traitement du VIH peut se faire à toutes les étapes de la chaîne de services (en proposant, par exemple, de réaliser des tests de dépistage du VIH dans le cadre des services de planification familiale proposés dans les cliniques). Le présent document fait tout particulièrement le point sur l'intégration des services de planification familiale et de traitement du VIH.



Lignes directrices de l'OMS

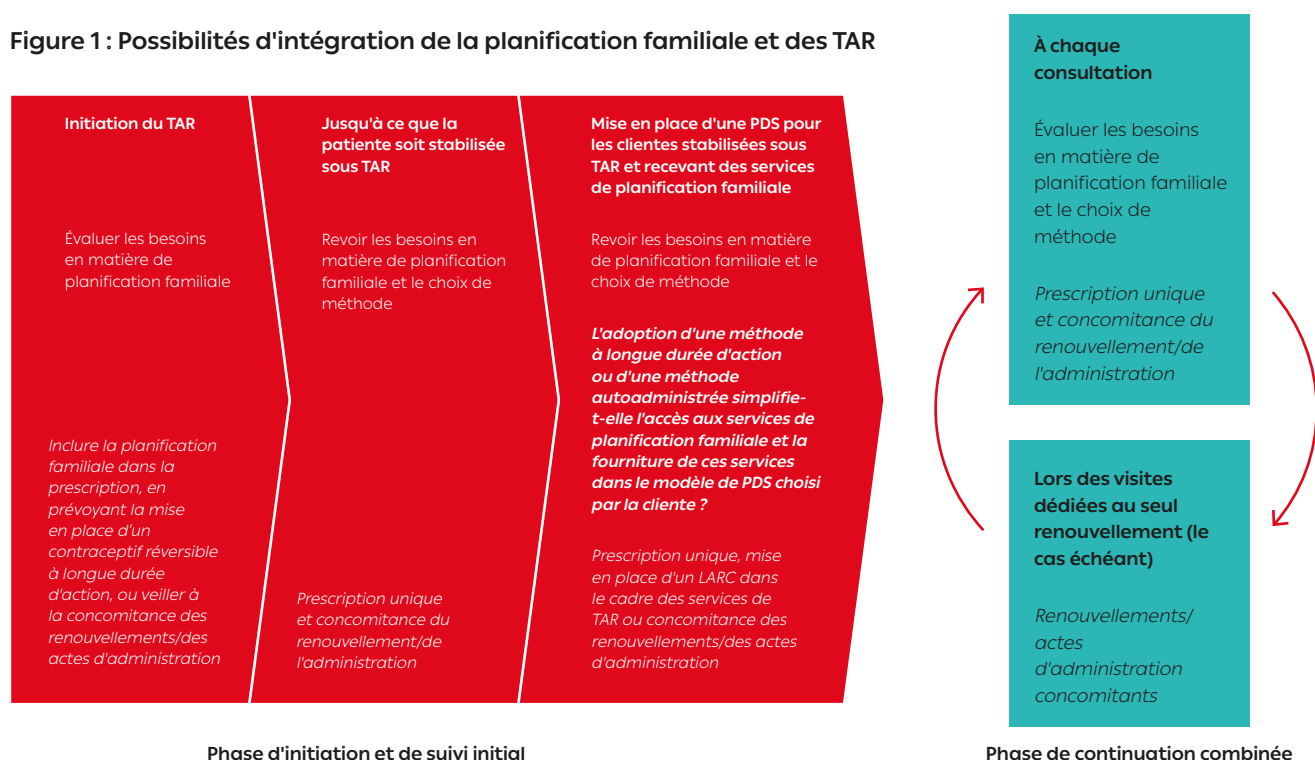
ENCADRÉ 4 : Recommandation de l'OMS sur l'intégration de la planification familiale et du traitement du VIH

Les services de santé sexuelle et reproductive, y compris la contraception, peuvent être intégrés dans les services de lutte contre le VIH.

Source : OMS, Updated recommendations on service delivery for the treatment and care of people living with HIV. Avril 2021 (1)

Il existe de nombreuses possibilités d'intégration des services de planification familiale et de TAR (figure 1).

Figure 1 : Possibilités d'intégration de la planification familiale et des TAR



Les TAR comportent deux phases, la phase initiale et la phase de continuation, au cours desquelles les besoins et les préférences en matière de planification familiale doivent être évalués et intégrés (tableau 5). Pour pouvoir bénéficier de l'un des quatre modèles de PDS moins intensifs pendant la phase de suivi, les clientes doivent d'abord être stabilisées sous TAR.

Pour favoriser l'intégration de la planification familiale, les prestataires doivent évaluer et revoir régulièrement les besoins et les préférences des clients en matière de planification familiale dès le début du TAR. De nombreuses clientes peuvent déjà utiliser une méthode contraceptive, ce qui nécessitera un examen clinique et l'harmonisation des renouvellements avec les visites liées aux TAR.

Pour les clientes qui n'ont pas recours à la contraception, ou qui utilisent une méthode qui impose des visites plus fréquentes ou qui demande davantage de ressources, les prestataires chargés du suivi clinique des TAR doivent évaluer les besoins en matière de contraception. Ils doivent notamment discuter des méthodes contraceptives disponibles et de ce qu'elles impliquent en matière de fréquence des visites et de lieu de prestation des services. Certaines clientes peuvent choisir de changer de méthode et de passer à un mode de contraception plus facile à intégrer à leur traitement antirétroviral et qui réduise

la nécessité de visites spécifiques ou plus fréquentes.

Dans l'idéal, les prestataires exerçant dans les cliniques offrant des services de traitement du VIH doivent être formés et équipés pour fournir des services complets de planification familiale, à savoir les services d'évaluation, de conseil sur les méthodes disponibles et de mise en œuvre de ces méthodes. Cela requiert toutefois une formation adaptée et des capacités suffisantes. Si les capacités sont limitées, une brève évaluation des besoins en matière de planification familiale peut être effectuée, et les clientes devant faire l'objet d'une consultation plus détaillée peuvent être activement réorientées et bénéficier d'un suivi lors de la visite suivante relative à leur TAR.

Certains services, tels que la pose d'un implant ou d'un DIU, peuvent être moins faciles à proposer dans les cliniques offrant des services de TAR et peuvent nécessiter une prise de rendez-vous dans un service ou un site distinct de planification familiale.

Tableau 5 : Phases initiale et de continuation des TAR intégrant des services de contraception

	Phase initiale	Phase de suivi (au moyen d'un modèle de PDS moins intensif)	
	Consultations cliniques liées aux TAR	Consultation	Visite de renouvellement
Dispensation du TAR	Conformément aux directives nationales (par exemple, mois 1, 3, 6)	Annuel	Trimestrielle ou semestrielle
Prestation de services de planification familiale	Proposition de méthodes de contraception à chaque consultation	Annuel : Évaluer ou revoir les besoins en matière de planification familiale et le choix de la méthode	
Contraceptif à longue durée d'action	Orienter activement vers un LARC ou poser un LARC lors de la consultation	S.O.	S.O.
Contraceptif autoadministré de courte durée d'action	Initier/poursuivre la méthode de contraception (<i>montrer comment réaliser une auto-injection si c'est la première fois</i>) Faire correspondre les dates de renouvellement des contraceptifs oraux aux dates de renouvellement des TAR Pour les doses auto-injectables, programmer les rendez-vous en tirant parti de la flexibilité qu'offre la méthode (voir encadré 4) ; à défaut, adapter la fréquence de renouvellement des TAR	Prescription pour un an (12 MMS)	Dispensation pour 6 à 12 mois (DMM [6 à 12 mois])/2 à 4 doses S'aligner sur la date de réapprovisionnement en TAR (il est possible de ne pas renouveler les produits contraceptifs à chaque renouvellement des TAR si l'espacement des renouvellements est plus long que celui des renouvellements des TAR)
Contraceptif injectable par voie intramusculaire de courte durée d'action administré par un professionnel de santé	Initier/poursuivre la méthode Programmer les rendez-vous en tirant parti de la flexibilité qu'offrent les produits injectables (voir encadré 4) ; à défaut, adapter la fréquence de renouvellement des TAR	Prescription pour un an (12 MMS)	Tous les 2 ou 3 mois, en fonction de la méthode et dans le cadre d'une procédure accélérée Se caler sur les dates de renouvellement des TAR si les renouvellements sont trimestriels dans les deux cas <i>Tenir compte du lieu où les modèles de PDS de TAR moins intensifs et l'aligner, par exemple en individuel ou en groupe en établissement, si l'injectable n'est administré que par un professionnel de santé dans un établissement de santé.</i>

L'intégration des composantes de base des prestations de services de traitement antirétroviral et de soins contraceptifs – en particulier pour les consultations et le renouvellement des traitements – favorise une efficacité maximale, tant pour les clientes que pour le système de santé (voir tableau 6). Les LARC se prêtent particulièrement bien à leur intégration dans l'un des modèles moins intensifs de PDS de TAR, car il n'est pas nécessaire de renouveler les prescriptions ou les traitements.

Pour les clientes qui choisissent des méthodes contraceptives autoadministrées à courte durée d'action, les prescriptions doivent idéalement être alignées sur les prescriptions des TAR et prévoir des renouvellements plurimensuels correspondant à la période de renouvellement des TAR la plus longue possible.

Si des limitations de la chaîne d'approvisionnement restreignent la disponibilité des contraceptifs ou la durée de la période couverte par les renouvellements, les prestataires doivent toujours proposer des prescriptions plurimensuelles dont les échéances coïncident. Dans ces cas, les renouvellements peuvent être mis à disposition, sans consultation clinique, par l'intermédiaire d'une procédure accélérée au sein d'un établissement ou de la communauté. Dans certains cas, il est même possible de fournir des

contraceptifs pour une période plus longue que celle des TAR, par exemple en proposant quatre doses de contraceptif auto-injectable en même temps qu'un renouvellement de TAR de six mois. Dans ce cas, il n'est pas nécessaire d'établir une nouvelle prescription pour le contraceptif auto-injectable tous les seconds examens cliniques de TAR.

Il est généralement facile d'assurer la concomitance des renouvellements des contraceptifs autoadministrés (tels que les pilules orales et les anneaux) et des renouvellements des TAR. Il peut, en revanche, être plus difficile de garantir la concomitance des renouvellements des TAR et des contraceptifs injectables, que ceux-ci soient auto-injectés ou administrés par un professionnel de santé. Toutefois, les recommandations de l'OMS soulignent que la programmation des injections de contraceptif est flexible et que ces injections peuvent être avancées ou différées (voir encadré 5), ce qui peut faciliter la concomitance.

Si la concomitance n'est pas possible au début, la période couverte par la première prescription de TAR ou le délai à observer avant le premier renouvellement peuvent être ajustés pour synchroniser par la suite les calendriers des PDS de TAR et de planification familiale.



Lignes directrices de l'OMS

Encadré 5 : Recommandations de l'OMS. Sélection de recommandations pratiques pour l'utilisation de contraceptifs (8)

L'injection d'une nouvelle dose d'acétate de médoroxyprogesterone (DMPA) et d'énanthate de noréthistérone peut être avancée d'une durée allant jusqu'à deux semaines. L'injection d'une nouvelle dose de DMPA peut être différée d'une durée allant jusqu'à quatre semaines sans nécessiter de protection contraceptive supplémentaire. L'injection d'une nouvelle dose d'énanthate de noréthistérone peut être différée d'une durée allant jusqu'à deux semaines sans nécessiter de protection contraceptive supplémentaire.

Tableau 6 : Composantes de base de l'intégration de la planification familiale et des TAR

Méthodes	Consultations	Visites de renouvellement (dans le cadre de l'un des quatre modèles de PDS moins intensifs)
 QUAND	Faire coïncider les examens cliniques liés aux TAR et à la planification familiale, et veiller à ce que les prescriptions portent sur une même période	Aligner la durée de renouvellement et le jour de retrait pour le TAR et le contraceptif afin qu'ils puissent être collectés le même jour. Si des restrictions d'approvisionnement ne permettent pas des renouvellements plurimensuels de même fréquence pour les TAR et les contraceptifs, prévoir des renouvellements supplémentaires dans les conditions correspondant au modèle choisi ou à travers une procédure d'administration accélérée.
 OÙ	Clinique disposant d'un service de TAR (ou clinique de soins primaires ou centre de planification familiale)	Clinique disposant d'un service de TAR Hors établissement
 QUI	Le même agent de santé assure l'examen clinique pour le TAR et la planification familiale	Distribution des renouvellements par une même personne (par exemple une infirmière, un agent de santé communautaire, un pair)
 QUOI	Examen clinique pour le TAR et la planification familiale conformément aux directives nationales Prescription pour le TAR et un contraceptif de courte durée d'action, mise en place/retrait d'un LARC si option choisie	Renouvellement/administration de contraceptifs de courte durée d'action Renouvellement du TAR

Exemple de cas :

Intégration des soins contraceptifs dans les modèles de PDS de traitement du VIH au Lesotho

Au Lesotho, les femmes vivant avec le VIH peuvent de plus en plus bénéficier de soins contraceptifs intégrés à leur traitement contre le VIH, notamment grâce à des modèles de PDS (voir tableau 7).

Les prestataires de services de TAR évaluent les besoins de chaque femme en matière de planification familiale et proposent plusieurs méthodes contraceptives. Si le choix se porte sur un LARC, tel qu'un implant, le prestataire de services de TAR peut le mettre en place au cours de la même visite. Si la femme opte pour un DIU, elle est orientée vers un prestataire de services de planification familiale pour la pose.

Pour les femmes qui choisissent des contraceptifs oraux ou auto-injectables, les soins de contraception sont intégrés à l'examen clinique annuel à réaliser dans le cadre du TAR. Le TAR est prescrit pour une durée de 12 mois, les renouvellements de médicaments ayant lieu tous les trois ou six mois. Plusieurs options de renouvellement sont proposées : collecte individuelle en établissement, services de proximité, distributeurs automatiques et collecte par le biais de groupes communautaires TAR (modèle GCT). Dans le cadre de ce modèle, le Lesotho met actuellement en place la dispensation pour 6 mois (DMM [6 mois]).

En raison des contraintes liées à la chaîne d'approvisionnement, il n'est pas toujours possible de fournir en une seule fois les pilules ou les contraceptifs auto-injectables correspondant aux besoins de 12 mois. Des prescriptions plurimensuelles sont toutefois toujours fournies. Lors de leur examen clinique annuel, les femmes reçoivent des contraceptifs oraux pour trois à six mois, ou deux doses de contraceptif auto-injectable par leur prestataire de services de TAR. Les renouvellements ultérieurs – trois mois de pilules orales ou une à deux doses de contraceptif injectable supplémentaires – peuvent être obtenus dans le cadre d'une procédure accélérée en établissement ou auprès d'un agent de santé communautaire (ASC) exerçant dans leur village. Dans la capitale, les contraceptifs oraux peuvent également être renouvelés grâce à des distributeurs automatiques.

Tableau 7 : Composantes de base de l'intégration des soins contraceptifs dans les modèles de PDS de traitement du VIH au Lesotho

Collecte groupée des renouvellements						
Modèle de PDS de TAR	Examen clinique couvrant les TAR et la planification familiale	Renouvellement des TAR	LARC : DIU, implant	Renouvellement des pilules orales uniquement	Contraceptif autoadministré par injection S/C	Contraceptif injectable par voie intramusculaire
Individuel, en établissement	Annuel	Renouvellement pour 6 mois	N/A	Si le renouvellement couvre trois mois de besoins seulement, les pilules des 3 mois suivants peuvent être collectées soit dans le cadre d'une procédure accélérée en établissement, soit dans le cadre d'une action de proximité, soit par l'intermédiaire d'un ASC dans le village	2 doses (6 mois)	Tous les 2 ou 3 mois dans un service de planification familiale en établissement ou dans le cadre d'un service de planification familiale de proximité, en même temps que la collecte d'un renouvellement de TAR ou qu'une consultation couvrant les TAR et la planification familiale préalablement programmée à la date d'administration
Approche communautaire individuelle	Annuel	Renouvellement pour 6 mois	N/A	Collecte des 2 doses suivantes auprès d'un ASC dans le village		
Groupes communautaires TAR	Annuel	Renouvellement pour 3 ou 6 mois, collecté par le représentant du GCT	N/A	Renouvellement pour 3 mois, collecté par le représentant du GCT Collecte des pilules des 3 mois suivants auprès d'un ASC dans le village		
Distributeur automatique	Annuel	Renouvellement pour 6 mois	N/A	Renouvellement pour 6 mois	1 à 2 doses Collecte de la dose suivante auprès d'un ASC dans le village	

PDS de planification familiale et intégration avec la PrEP

L'OMS a élaboré des orientations sur la PDS de PrEP, qui reprend les composantes de base de la PDS. Ces orientations prévoient notamment de séparer les consultations des visites ne concernant que le renouvellement des traitements de PrEP.

- **QUAND** : Renouveler les traitements de PrEP pour plusieurs mois
- **OÙ** : Proposer la PrEP par le biais de modèles de distribution hors établissements
- **QUI** : Utiliser des prestataires non professionnels pour distribuer les renouvellements des traitements de PrEP
- **QUOI** : Intégrer des services essentiels tels que le dépistage du VIH, le dépistage des IST et d'autres éléments relevant de la PrEP (9).

Les femmes en âge de procréer qui ont besoin d'une PrEP peuvent également avoir besoin d'un accès à la contraception. L'intégration des services de planification familiale et de PrEP peut offrir des gains d'efficacité pour les clientes et réduire la charge qui pèse sur les systèmes de santé. La PrEP peut être intégrée à des services de planification familiale existants ou, inversement, les services de planification familiale peuvent être ajoutés aux services de PrEP, où que ceux-ci soient fournis. Les données montrent de plus en plus que l'adoption et la continuation de la PrEP sont plus élevées lorsque la PrEP est proposée dans le cadre des services de planification familiale. Ces deux services peuvent également être fournis par l'intermédiaire d'autres plateformes telles que celles dédiées aux soins prénatals et postnatals. Les possibilités d'intégration sont décrites dans la figure 2.

La PrEP et les soins contraceptifs sont souvent nécessaires pendant des périodes qui se chevauchent – sans nécessairement exactement coïncider – au cours desquelles les femmes sont plus exposées au VIH et au risque de grossesse non désirée. C'est pourquoi les femmes peuvent commencer ou arrêter la PrEP et la contraception

à différents moments, en fonction de leurs besoins et de leurs souhaits tout au long de leur vie.

De multiples méthodes de PrEP et de contraception sont aujourd'hui disponibles, et ces options devraient être systématiquement proposées aux clientes. Il existe notamment des produits injectables – administrés par des professionnels de la santé ou auto-injectés – ainsi que des formulations orales et des anneaux. La contraception auto-injectable est déjà largement répandue, et la PrEP auto-injectable pourrait l'être également bientôt. Les options proposées aux clientes devraient en outre inclure les LARC, tels que les implants et les DIU.

Les femmes peuvent choisir différentes méthodes de PrEP et de contraception en fonction de divers facteurs. Ceux-ci incluent leur niveau actuel de vulnérabilité face au VIH et leurs intentions relatives à la grossesse, l'efficacité et les effets secondaires des options disponibles ainsi que leurs préférences personnelles – et en particulier la possibilité d'adopter des méthodes « compatibles » permettant de réduire le nombre de visites médicales nécessaires.

Figure 2 : Possibilités d'intégration de la planification familiale et de la PrEP



La PrEP s'articule autour de deux phases, à savoir une phase de suivi initial et une phase de continuation (tableau 8). La phase initiale comprend une visite d'initiation, suivie d'une deuxième visite pour refaire un test de dépistage du VIH afin d'exclure tout risque d'infection aiguë qui aurait pu être manquée la première fois, d'examiner les résultats d'autres tests et d'évaluer la satisfaction à l'égard de la méthode choisie (et de procéder à des ajustements si nécessaire). Lorsqu'une cliente exprime son intention d'utiliser la PrEP sur le long terme, elle entre dans la phase de continuation. À ce stade, les examens cliniques peuvent s'espacer et les médicaments de PrEP peuvent être renouvelés pour plusieurs mois.

Si la durée entre deux renouvellements est plus courte que la durée entre deux examens cliniques, les prescriptions de renouvellement doivent être calées sur le calendrier de ces examens, et la collecte des renouvellements, hors contexte de consultation, peut s'appuyer sur l'un des quatre modèles de PDS moins intensifs (voir *Prestation différenciée de services de prophylaxie préexposition (PrEP) : Principaux éléments à prendre en compte pour l'élaboration d'orientations générales relatives à la prestation différenciée de services de PrEP* (10).

Pour répondre aux exigences relatives au dépistage du VIH pendant la phase de continuation, il est possible de remettre aux clientes, lors d'un examen clinique, un kit d'autodépistage du VIH qu'elles devront utiliser avant le retrait du renouvellement suivant, ou au moment de ce retrait, avec une formation appropriée. Si un autotest donne un résultat positif, les clientes doivent être informées qu'elles doivent demander une consultation en établissement pour un test de confirmation. Compte tenu des contraintes croissantes en matière de ressources, la fréquence des tests de dépistage pendant la phase de continuation de la PrEP pourrait devoir être réduite et être calée sur le calendrier des examens cliniques.

Tableau 8 : Phases initiale et de continuation de la PrEP intégrant des méthodes contraceptives

		Suivi initial	Continuation	
		Consultation clinique	Consultation clinique	Visite pour renouvellement+
Prestation de services de PrEP	PrEP orale	Conformément aux directives nationales, généralement aux mois 1 et 4	Semestrielle	Tous les 3 à 6 mois
	PrEP à action prolongée injectable*	Mois 2	Semestrielle	Injection bimestrielle administrée par un professionnel de santé
	Anneau vaginal PrEP	Mois 1 et 3	Semestrielle	Tous les 3 à 6 mois (fourniture de 3 à 6 anneaux vaginaux)
Prestation de services de planification familiale	Planification familiale à longue durée d'action	Orienter activement vers un LARC ou poser un LARC lors de la consultation	s.o.	s.o.
	Contraceptif autoadministré de courte durée d'action	Initier/poursuivre la méthode de contraception (montrer comment réaliser une auto-injection si c'est la première fois)	Prescription pour un an (12 MMS)	Dispensation pour 6 à 12 mois (DMM [6 à 12 mois])/2 à 4 doses S'aligner sur la date de collecte des renouvellements de PrEP
	Injectable de courte durée d'action administré par un professionnel de santé	Commencer ou poursuivre la méthode d'injection intramusculaire en tirant parti de sa flexibilité (voir encadré 5)	Prescription pour un an (12 MMS)	Tous les 2 ou 3 mois, par l'intermédiaire d'une procédure accélérée

LARC – contraceptif réversible à longue durée d'action ; DMM – dispensation plurimensuelle ; MMS – prescription multi-mois

+ Les renouvellements peuvent être fournis dans le cadre de l'un des quatre modèles de PDS moins intensifs

*Lorsque le lénacapavir administrable tous les six mois sera disponible pour toutes les clientes des services de planification familiale, il sera possible de fournir immédiatement des prescriptions combinées semestrielles et de faire en sorte que les dates d'administration/de renouvellement coïncident.

Comme pour les TAR et la planification familiale, la mise en parallèle des composantes de base de la PrEP et de la planification familiale offre une efficacité maximale pour les clientes et le système de santé (tableau 9).

Tableau 9 : Composantes de base de la PrEP et de la planification familiale

Composante de base	Consultations	Visites dédiées au seul renouvellement (par l'intermédiaire de l'un des quatre modèles DSD les moins intensifs)
 QUAND	Faire coïncider les examens cliniques liés à la PrEP et à la planification familiale, et veiller à ce que les prescriptions portent sur une même période (Renouvellements possibles tous les six mois pour la PrEP et tous les 12 mois pour la planification familiale si la méthode contraceptive ne nécessite qu'une réévaluation annuelle)	Aligner la durée de renouvellement et le jour de retrait pour que la PrEP et le contraceptif puissent être collectés le même jour <i>Si des restrictions d'approvisionnement ne permettent pas des renouvellements plurimensuels de même fréquence pour la PrEP et les contraceptifs, les renouvellements supplémentaires doivent être collectés dans les conditions correspondant au modèle choisi</i>
 OÙ	Lieu où la PrEP est dispensée ou centre de planification familiale En établissement ou hors établissement	Au travers du modèle choisi; en établissement ou hors établissement
 QUI	Le même agent de santé assure l'examen clinique pour la PrEP et la planification familiale	Distribution des renouvellements (pilules orales ou doses auto-injectables) ou administration des injections intramusculaires par une même personne Personnel infirmier Agent de santé communautaire Pair
 QUOI	Examen clinique pour la PrEP et la planification familiale conformément aux directives nationales Nouveau test de dépistage du VIH (rapide ou autotest) pour la continuation de la PrEP Prescription pour la PrEP et contraceptif de courte durée d'action, ou mise en place/retrait d'un LARC si option choisie	Renouvellement des contraceptifs de courte durée d'action Renouvellement de la PrEP (Autotest de dépistage du VIH)

Exemple de cas :

PDS de services intégrés de PrEP et de planification familiale au Mozambique

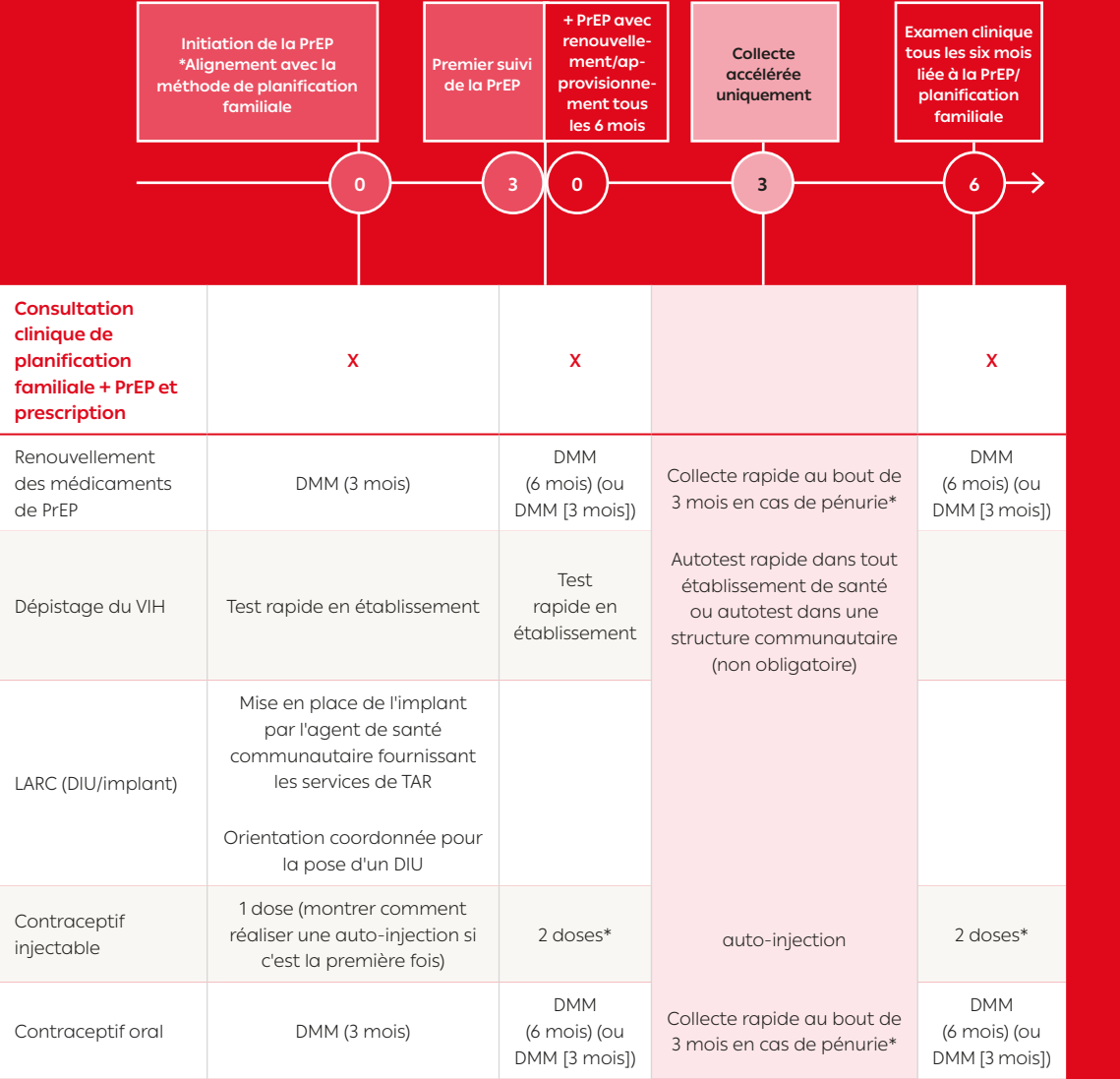
Au Mozambique, un projet public pilote en cours intègre la PrEP aux services de planification familiale actuellement fournis en établissement (figure 3). Dans le cadre du projet, tous les prestataires de services de planification familiale doivent être formés à la gestion et à la prestation des services de PrEP.

Les clientes de la planification familiale sont systématiquement évaluées du point de vue de leur vulnérabilité vis-à-vis du VIH et une PrEP leur est proposée. Les clientes qui choisissent d'initier une PrEP reçoivent un traitement pour trois mois lors de leur première visite. Lors du suivi à trois mois, les personnes dont le test de dépistage du VIH est négatif et qui décident de poursuivre la PrEP sont invitées à se soumettre à des examens cliniques intégrés de planification familiale et de PrEP tous les six mois. Les contraceptifs à longue durée d'action sont proposés de manière proactive. Les clientes qui choisissent des méthodes à courte durée d'action se les voient prescrire en même temps que les médicaments de PrEP pour une durée de six mois.

Les clientes reçoivent généralement les médicaments de PrEP avec des pilules contraceptives orales pour six mois ou deux doses de contraceptif autoadministré par injection S/C. Lorsque les stocks sont limités – que ce soit pour la PrEP ou les contraceptifs oraux – les produits sont fournis pour trois mois et une procédure accélérée est mise en place pour la collecte des produits des trois mois suivants. En cas de disponibilité limitée des doses auto-injectables, les prestataires de soins peuvent alterner entre l'administration d'une injection intramusculaire pendant l'examen clinique et la fourniture d'un produit que la cliente peut s'autoadministrer par injection S/C à domicile.

Le dépistage du VIH est effectué tous les six mois, lors de l'examen clinique. Toutefois, si une cliente préfère un dépistage plus fréquent (tous les trois mois), deux options lui sont proposées : obtenir un autotest de dépistage du VIH auprès d'un ASC ou se rendre dans un établissement pour un test de dépistage rapide.

Figure 3 : Présentation synoptique du projet pilote de PDS intégrant contraception et PrEP sur une base semestrielle



* Les pénuries de pilules contraceptives orales sont possibles, ce qui nécessite une procédure et une utilisation rapides
+ Possibilité, en cas de pénurie de DMPA-SC ou pour l'économiser, d'alterner injection intramusculaire et injection S/C, l'injection intramusculaire étant administrée lors de la consultation clinique et une dose auto-injectable étant fournie pour auto-injection S/C trois mois plus tard.



Conclusion

La prestation différenciée de services pour la planification familiale et l'intégration de la planification familiale dans la PDS de traitement du VIH (TAR) et la PDS de PrEP visent à fournir des soins axés sur la personne qui réduisent les charges inutiles qui pèsent à la fois sur les clientes et sur le système de santé. Cette approche a pour ambition de maximiser l'efficacité et d'améliorer la prestation globale de services.

Les contraceptifs réversibles à longue durée d'action sont les options contraceptives les plus efficaces et offrent l'avantage supplémentaire de ne pas nécessiter de suivi jusqu'à ce qu'un remplacement soit nécessaire ou que les positions par rapport à une grossesse évoluent. Pour les clientes qui utilisent des méthodes à courte durée d'action (qu'elles soient autoadministrées ou administrées par un prestataire) et qui ont besoin d'une contraception à long terme, l'un des quatre modèles de PDS moins intensifs peut être appliqué.

L'intégration de la planification familiale et des TAR ou de la PrEP a pour objectif de faire coïncider les consultations et les renouvellements de médicaments, que ce soit au regard du calendrier, du lieu ou du prestataire des services. Les besoins en matière de planification familiale doivent être systématiquement abordés lors de chaque consultation relative à un TAR ou à une PrEP. Pour les clientes qui utilisent des méthodes contraceptives à courte durée d'action et qui sont stabilisées sous TAR ou bénéficient d'une PrEP de long terme, les visites de renouvellement peuvent, si nécessaire, être séparées des consultations cliniques. Les renouvellements des médicaments de TAR/PrEP et des contraceptifs doivent alors être proposés dans le cadre de l'un des modèles de PDS moins intensifs.

L'objectif ultime de l'application des principes de la PDS à la planification familiale est d'améliorer les résultats en matière de santé en fournissant des services rationalisés et axés sur la personne, que ce soit par l'intermédiaire des plateformes dédiées à la planification familiale ou au moyen de services intégrés de planification familiale et de TAR ou de PrEP.



Références

1. Organisation mondiale de la Santé, Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. Genève, 2021.
2. Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, Division de la population. World Family Planning 2022. Meeting the changing needs for family planning: Contraceptive use by age and method. New York, 2022.
3. FP 2030. Family Planning Data Dashboard. Disponible à l'adresse suivante : <https://app.powerbi.com/>. Page consultée le 20 juin 2025.
4. Sully EA, Biddlecom A, Daroch J, Riley T, Ashford L, Lince-Deroche N et al. Adding it up: Investing in sexual and reproductive health 2019. New York, 2020.
5. Organisation mondiale de la Santé ; Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health ; Agence des États-Unis pour le développement international. Planification familiale : un manuel à l'intention des prestataires de services de planification familiale du monde entier. Édition 2022.
6. Organisation mondiale de la Santé, Contraception. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.who.int/health-topics/contraception>. Page consultée le 20 juin 2025.
7. Organisation mondiale de la Santé, Implementation of self-care interventions for health and well-being: guidance for health systems. Genève, 2024.
8. Organisation mondiale de la Santé, Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives. Troisième édition. Genève, 2017.
9. Organisation mondiale de la Santé, Differentiated and simplified pre-exposure prophylaxis for HIV prevention: update to WHO implementation guidance. Technical Brief. Genève, 2022.
10. IAS – International AIDS Society. Prestation différenciée de services de prophylaxie préexposition (PrEP) : Principaux éléments à prendre en compte pour l'élaboration d'orientations générales relatives à la prestation différenciée de services de PrEP. 2022.

Pour citer ce document : IAS – La prestation différenciée des services de planification familiale et de contraception et les possibilités d'intégration des TAR et de la PrEP. Supplément au Cadre décisionnel pour la prestation différenciée des traitements antirétroviraux. 2025. www.differentiatedservicedelivery.org

Crédits photo : 1) © Eric Bond/EGPAF ; 2) © Isabel Corthier/MSF ; 3) © Sean Christie/MSF ; 4) © Eric Bond/EGPAF ; 5) © Charmaine Chitate/MSF ; 6) © Isabel Corthier/MSF ; 7) © Isabel Corthier/MSF ; 8) © Isabel Corthier/MSF