



## Capacité des centres CDV du Kenya à offrir des services de PF

### Points clés

- En proposant des services de planification familiale aux clients des centres CDV, on peut réduire le nombre des transmissions verticales du VIH.
- Les centres CDV offrent l'opportunité d'offrir des méthodes de contraception aux personnes ne fréquentant normalement pas les centres de planification familiale.
- On peut envisager différents niveaux d'intégration de la planification familiale aux centres CDV.

**Résumé :** l'intégration des services de planification familiale à ceux de counseling et de dépistage volontaire (CDV) peut être avantageuse. Le degré d'intégration pourra varier. Mais, à un niveau élémentaire, les services CDV seraient capables, d'une part, de proposer information, éducation et counseling (IEC) sur les contraceptifs et sur le choix d'une méthode, d'autre part, de fournir des préservatifs ou des pilules, et, enfin, de référer ailleurs les client(e)s souhaitant d'autres options.

**Contexte :** l'intégration des services de planification familiale à ceux de counseling et de dépistage volontaire (CDV) présente plusieurs avantages. La contraception est en effet une stratégie essentielle de prévention du VIH (lutte contre les transmissions verticales). Or, les centres CDV offrent l'opportunité d'atteindre des personnes voulant éviter une grossesse non désirée, mais ne fréquentant pas les services traditionnels de planification familiale, comme les hommes ou les adolescents.

Le ministère de la Santé du Kenya a établi des lignes directrices pour ses services CDV. Elles stipulent que « les séances de counseling des centres CDV doivent informer clientes et clients sur la planification familiale, sur son importance pour les personnes VIH-séropositives comme VIH-négatives, ainsi que sur la façon d'obtenir ce type de services. Dans la mesure du possible, les sites CDV devraient aussi offrir des méthodes de planification familiale ». <sup>1</sup> Mais la capacité de ces sites et de leurs équipes à offrir ces services complémentaires demeurait, dans l'ensemble, une inconnue.

Pour combler cette lacune, une étude a été réalisée en juin 2002 par le Ministère kenyan de la Santé et par le programme national de lutte contre les IST et le sida, le NASCOP (National AIDS and STD Control Programme). Ce projet a bénéficié de l'assistance technique de FHI et de l'AMKENI avec la collaboration d'autres partenaires. Ses résultats ont permis de formuler les options possibles en matière d'intégration de la planification familiale aux services CDV. L'étude a porté sur 20 centres CDV du Kenya, où les chercheurs ont sondé superviseurs, prestataires et client(e)s. Ils ont employé des méthodes

à la fois qualitatives et quantitatives et s'intéressaient aux points suivants : demande potentielle des services de planification familiale chez les personnes fréquentant ces centres ; acceptabilité de tels services par les client(e)s et par le personnel des centres CDV (prestataires et superviseurs) ; capacité des centres CDV à fournir des services de planification familiale ; faisabilité de l'intégration de ces deux types de services.

Les chercheurs ont noté que les besoins en formation ou en supervision, tout comme les systèmes de référence des client(e)s ou encore les canaux d'approvisionnement en contraceptifs, peuvent varier considérablement d'un centre CDV à l'autre. Ils ont donc recommandé que la décision d'intégrer les services de planification familiale se prenne au niveau local et que le degré d'intégration soit lui aussi fixé par chaque centre. L'intégration pourra être plus ou moins poussée en fonction du type d'installation, de la formation initiale des conseillers ainsi que de facteurs logistiques ou financiers. Il faudra cependant que les prestataires soient, au minimum, capables d'évaluer le risque d'IST/VIH de leurs client(e)s, d'estimer la probabilité d'une grossesse et d'adresser ailleurs les personnes souhaitant une bonne contraception, mais n'utilisant pas de méthode efficacement. On ne peut espérer des centres CDV qu'ils puissent offrir d'emblée une gamme complète d'options contraceptives. En conséquence, il leur est conseillé de viser pour l'instant un niveau d'intégration minimale qui inclurait, d'une part, des séances d'information, d'éducation et de counseling (IEC) sur les contraceptifs et sur le choix d'une méthode, d'autre part, la distribution des préservatifs ou des pilules et, enfin, la référence ailleurs de ceux et celles préférant d'autres options.

## Capacité des centres CDV du Kenya à offrir des services de PF

**Demande potentielle :** la plupart (89 %) des 84 client(e)s interviewé(e)s à la sortie des centres ont approuvé l'idée d'offrir des services de PF en complément du CDV. Les enquêteurs ont cependant relevé plusieurs points faibles :

— *Nécessité d'un meilleur counseling pour encourager l'usage de moyens contraceptifs modernes.* Plus de 40 % des personnes interrogées et sexuellement actives ont déclaré n'employer aucune méthode contraceptive ou n'utiliser qu'une méthode traditionnelle, pourtant moins efficace que les méthodes modernes.

— *Nécessité d'un meilleur counseling pour accroître l'emploi d'une double méthode, à la fois prophylactique (IST/VIH) et contraceptive.* Le préservatif était la méthode moderne la plus employée (42 %) par les personnes interrogées. Très peu d'entre elles utilisaient une double méthode. Il faut donc aider les client(e)s des centres CDV à mieux utiliser le préservatif d'une manière correcte et systématique tout en les renseignant sur des méthodes contraceptives plus efficaces.

— *Nécessité d'un meilleur counseling sur les avantages du préservatif.* L'observation de 69 interactions client(e)-prestataire dans ces centres CDV a montré que, si 85 % des conseillers soulignaient bien le rôle protecteur du préservatif contre le VIH, ils ne mentionnaient cet effet prophylactique contre d'autres IST que dans 73 % des cas et son effet contraceptif dans seulement 58 % des cas.

— *Nécessité d'un meilleur système de référence des client(e)s.* La référence à un service de planification familiale était l'exception. Il n'a été noté que dans 10 % des consultations ayant fait l'objet d'une observation. Les statistiques des services indiquaient même un taux nettement inférieur quand il s'agissait d'une femme VIH-séropositive. Ce dernier résultat est particulièrement préoccupant, car ces clientes ont besoin d'une méthode contraceptive efficace pour prévenir une grossesse conduisant à une transmission verticale du virus.

**Acceptabilité :** la majorité des superviseurs et des conseillers estimaient qu'il est possible de fournir certains contraceptifs durant le CDV et que la plupart de leurs client(e)s pourraient profiter de services de planification familiale d'un niveau même élémentaire. Le plus grand nombre estimaient aussi que ces prestations devraient idéalement accompagner les entretiens avant ou après le test de dépistage du VIH, alors que les client(e)s préféraient les recevoir postérieurement au test.

**Capacité à fournir des services de planification familiale :** la quasi-totalité des conseillers ont dit avoir, à un moment ou à un autre, référé des client(e)s à un service de planification familiale. Sur les 41 prestataires interrogés, 30 (73 %) se sont déclarés insatisfaits du système de référence en place, qu'ils jugeaient souvent inefficace ou peu confidentiel. De plus, ils se demandaient si les client(e)s se rendaient bien dans les services qu'on leur recommandait ou s'ils y rencontraient des difficultés, car aucun écho ne leur parvenait sur ces visites à l'extérieur.

En se basant sur la formation et sur l'expérience des conseillers en CDV, il semble qu'un nombre substantiel d'entre eux soient capables de prodiguer eux-mêmes des services de planification familiale. Cependant, une évaluation de leurs connaissances en matière de contraception a montré que certains agents ne sont pas bien préparés pour fournir les méthodes aux client(e)s. Certains conseillers ont ainsi affirmé que les adolescentes ne devaient pas employer de contraceptifs et que cet interdit concernait aussi les femmes n'ayant jamais eu de grossesse, celles infectées par une IST, celles séropositives pour le VIH ou encore celles ayant de multiples partenaires sexuels.

**Faisabilité :** la crainte de trop allonger les séances de counseling ou de surcharger l'emploi du temps des prestataires était la préoccupation majeure pour ce projet d'intégration. Mais cette enquête a révélé que les conseillers ne passent actuellement qu'entre 22 et 51 % de leur journée avec leurs client(e)s. Les chercheurs ont estimé que les centres pourraient s'adapter et fournir des services de planification familiale si leurs conseillers arrivaient à l'heure à leur travail, s'ils ne quittaient pas le service trop tôt et s'ils consacraient le temps pris par des activités extérieures à s'occuper plutôt des client(e)s.

La réalisation de ce document a bénéficié du soutien de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID). Son contenu ne reflète pas nécessairement les positions ou la politique de l'USAID.

© Family Health International, 2003. Tous droits réservés.

Pour en savoir plus sur ce thème, consultez <http://www.fhi.org/fr/RH/Pubs/Briefs/KenyaVCT.htm>. En bas de cette page vous pouvez accéder au texte intégral (en anglais) du rapport de ce projet.

<sup>1</sup>Kenya Ministry of Health National AIDS and STD Control Programme. *National Guidelines for Voluntary Counseling and Testing*. (Nairobi: NASCOP, 2001)15.

RB-03-08F



PO Box 13950  
Research Triangle Park, NC 27709 USA  
1.919.544.7040  
Fax: 1.919.544.7261  
[www.fhi.org](http://www.fhi.org)

