



ECafrique is a bilingual, international network of health care professionals, dedicated to building the knowledge and experience base needed to introduce, deliver and mainstream quality EC services in Africa. The network seeks to foster dialogue on EC-related issues, link network members with those of other regional EC networks, facilitate the wider dissemination of service delivery tools, and develop new resource materials for improving and expanding the delivery of quality EC services. [Click here for ECafrique bulletin in English](#)

ECafrique est un réseau international bilingue de prestataires de soins de santé, destiné à construire la base des connaissances et de l'expérience nécessaire pour présenter, fournir, élargir et intégrer des services de contraception d'urgence (CU) de qualité en Afrique. Le réseau cherche à encourager le dialogue sur les questions relatives à la CU, à établir des liens entre les membres du réseau et ceux des réseaux appartenant à d'autres régions, à faciliter une dissémination des instruments utilisés pour la prestation de services et à développer de nouveaux outils de référence en vue d'améliorer et d'élargir la prestation de services de la CU de qualité. [Cliquer ici pour le bulletin de ECafrique en Français](#)

EC AND HIV/AIDS/STIs

EDITORIAL

The increasing access to and knowledge of EC pills across Africa presents opportunities and challenges. On the one hand, they provide an opportunity for those who engage in unprotected sex or experience method failure to avoid the risk of pregnancy. Moreover, and especially in a high HIV prevalence setting, EC clients might have also exposed themselves to the risk of sexually transmitted infections (STIs) and HIV/AIDS. The provision of EC therefore provides an opportunity to counsel these clients on regular family planning methods and to refer them for further STI/HIV prevention services. On the other hand, there are concerns that more women might be over-relying on the pills as the method of choice because they are convenient and easy to use, which further exposes them to the risk of STI/HIV infection as the pills do not protect against these infections.

The relationship between EC and the risk of STI/HIV infection and prevention therefore raises a number of important research and program questions. Is there evidence that increased access to EC is associated with increased risk of STI/HIV infection? How about evidence of the association between increased access to EC and awareness about such risk? Are there examples of research studies and programs that show the alternative scenario-- that increased access to EC is associated with increased uptake of other STI/HIV prevention services such as counseling and testing? How best can programs ensure that increased access to EC contributes to STI/HIV prevention rather than to increased risk of infection?

It is, however, apparent from articles appearing in this issue that answers to these important questions might not be readily available. For one, there are still no known studies that have rigorously examined the relationship between EC use and the risk of HIV infection. The available evidence on the relationship between the use of hormonal contraceptives (HC) and the risk of STI/HIV infection could provide some indications of what to expect with respect to EC use. Nonetheless, such evidence is mixed: whereas some studies have found HC use to be associated with increased risk of STI infection, others have not found such association.

As others rightly note, this contradiction could partly be attributed to different study designs and methodological shortcomings. This highlights the other important challenge to obtaining answers to the questions posed here, that is, how best to design studies that provide answers to these questions. Perhaps, it is time researchers and program managers started giving serious thoughts to these issues since concerns will often be raised about repeat EC use and the potential risk of STI/HIV infection, especially in high STI/HIV prevalence settings. The challenge is to provide evidence based on solid research that addresses these concerns.

This raises the dilemma of how to proceed with scaling up EC services for now, especially in Africa where HIV prevalence is high. Perhaps, the best response is provided by the first contributor who notes that it is necessary to take into account the individual and programmatic needs as well as the scope and relevance of the HIV epidemic during scale-ups.

Francis Onyango, Guest Editor
Jill Keesbury, *ECafrique* Coordinator
Youmane Faye, Francophone Coordinator

The essentials of scaling-up EC services in diverse HIV/AIDS contexts

The actual and potential demand for EC pills requires large-scale programs that facilitate information dissemination, provider training and counseling, and method access to girls and women throughout the world. In high HIV prevalence settings, EC scale-ups imply a need to develop a nuanced response to the risks associated with unprotected sex. Where HIV/AIDS programs have already been scaled up, through both public and private means, inclusion of EC services could ensure the provision of comprehensive reproductive health (RH) services. Yet, before jumping into conjoined program scale-up, one must consider the context of HIV prevalence, and determine when it is appropriate and beneficial to provide EC and HIV services concurrently.

Understanding the individual country needs and potential demand for EC is fundamental for shaping the trajectory of program scale-up. Where HIV prevalence is low, as in many countries of West Africa, the inclusion of EC in HIV/AIDS treatment services might not promote comprehensive service provision since EC will only be available to HIV infected women not currently using any other method of contraception. In this context, the scale-up of EC programs should be distinct from HIV services. The scale-up should follow its own operational blue print, with specific strategic steps and indicators of service provision, to ensure that EC is available to all women through various delivery outlets. Guidelines and operations models currently exist, from Bangladesh and other countries for example, to assist in scaling-up, presenting national experiences and the lessons learned.

EC provision and HIV services should also be provided separately in areas where most (if not all) women learn their HIV status as part of antenatal care services, as is the case in many parts of Africa. In this context, the provision of EC is not relevant since women receiving antenatal care services are not eligible method acceptors at that time. EC programs may be more successfully implemented and scaled up as separate entities in this situation, possibly incorporating EC provision in post-natal check-ups as an option for postpartum family planning. EC could in this case be used during the transition period between lactational amenorrhea (LAM) and the adoption of a regular method.

That said, pregnancy has often emerged as a greater health concern among young women in Africa than HIV infection. EC provision should therefore be included within a range of existing reproductive health services, including HIV prevention programs where appropriate. Women who seek testing or care after unprotected sex should be offered EC pills. Access to EC in settings with high HIV prevalence is also vital for the prevention of mother-to-child transmission, as well as for the rights of women to reproductive choice. Specifically, in the case of sexual violence or rape, EC and post-exposure prophylaxis (PEP) should be included in the emergency care package. The success of this strategy has been demonstrated in the Population Council's work in South Africa.

Scaling-up EC programs in Africa is often challenging, as weak health systems and social and political barriers continue to test the robustness of implementation strategies. When taken in the context of HIV, EC program scale-up faces even additional challenges. It is important to consider the individual and programmatic needs when planning the large-scale programs, while also keeping the scope and relevance of the HIV epidemic in context. This will ensure that all women have access to EC information and method, yet allow for special attention allotted to HIV-positive women.

Katherine Williams
Reproductive Health Program
Population Council
Washington, DC, USA
kwilliams@popcouncil.org

Hormonal contraceptives and HIV acquisition

There is mixed evidence on whether hormonal contraceptives (HC) increase the risk of HIV infection among women. A study among female sex workers in Nairobi, Kenya, for instance found that the use of OC was associated with an increased risk of HIV infection. Similarly, two out of 30 studies reviewed by Family Health International (FHI) found increased risk of HIV infection among HC users.

However, other studies did not find such association or found a decreased risk of HIV infection among HC users. For example, most of the studies reviewed by FHI found no or non-significant association between HC use and the risk of HIV infection. A prospective study examining the use of HC in a very large cohort of women from the general population found that HC use was not associated with an increased risk of HIV acquisition. A multicentre prospective cohort study in HIV-uninfected women age 18-35 from FP clinics in Uganda, Zimbabwe and Thailand found no association between HC use and HIV-1 acquisition.

A number of factors account for these contradictory findings. First, the studies employed different designs. Most studies that found an increased risk of HIV infection among HC users were, for instance, done among high-risk groups such as commercial sex workers or women attending STI clinics. STI prevalence among such high-risk groups could confound the relationship between HC use and the risk of HIV infection. Second, some of the studies had serious methodological flaws such as low study power, poor measurement of HC use, and poor follow-up.

Gundolf Hoppe
gundolfhoppe@hotmail.com

RESEARCH

Systematic review of hormonal contraception and risk of HIV transmission: When to resist meta-analysis

The author contends that whereas OC pill is a highly efficacious and safe form of contraception that has transformed the lives of many women world-wide, its relationship to HIV transmission remains uncertain. Based on a review of 32 studies, the author argues that the question of whether women taking oral or injectable hormonal contraceptives are at increased risk of HIV infection will be hard to answer for various reasons. First, statistical meta-analysis of existing observational studies cannot overcome their formidable methodological problems. Second, randomized trials are not an option for ethical and practical reasons. Third, retrospective studies are unlikely to resolve the problem of confounding between sexual risk-taking and the choice of contraceptive method, or to estimate the level of HIV exposure before infection accurately. The author therefore feels that current approaches to promote hormonal contraception when it is appropriate to family planning needs should continue. In addition, the importance and

effectiveness of consistent condom use against HIV transmission should be stressed whether other contraceptive methods are being used or not.

Source: Stephenson JM. (1998). Systematic review of hormonal contraception and risk of HIV transmission: When to resist meta-analysis. *AIDS* 12: 545-553.

Risk of HIV infection in oral contraceptive pill users: A meta-analysis

In this study, the authors estimated the magnitude of association between HIV and oral contraceptive (OC) pills based on statistical analysis of 28 separate but similar studies published since 1985. They found a significant association between OC use and HIV-1 sero-prevalence and sero-incidence. The authors conclude that although women may be counseled to use pregnancy prevention methods (such as hormonal contraception, intrauterine devices, or tubal ligation), condoms should also be emphasized as the only means to prevent sexually transmitted infections including HIV, especially in contexts such as Africa where heterosexual contact is the predominant mode of HIV infection.

Source: Wang CC, Kreiss JK, Reilly Marie. (1999). Risk of HIV Infection in Oral Contraceptive Pill Users: A Meta-analysis. *JAIDS: Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 21(1): 51-58.

Hormonal contraception and risk of sexually transmitted disease acquisition: Results from a prospective study

This study examined the relationship between the use of HC pills and the risk of sexually transmitted infections among 948 prostitutes in Kenya. It found that compared to women who were using no contraception, users of OC pills were at increased risk of chlamydia and vaginal candidiasis; they were, however, at decreased risk of bacterial vaginosis. Similarly, women using depot medroxyprogesterone acetate (DMPA) had significantly increased risk of chlamydia infection and significantly decreased risk of bacterial vaginosis, trichomoniasis, and pelvic inflammatory infections. Consistent condom use was also found to be significantly associated with decreased risk of gonorrhea, chlamydia, genital ulcers, bacterial vaginosis, and pelvic inflammatory infections. The authors conclude that the use of oral or injectable hormonal contraception altered susceptibility to STIs among the study sample, and that this may in turn influence the transmission of HIV. They recommend consistent condom use for prevention of STIs and HIV among women who use hormonal contraception.

Source: Baeten, JM^a, Nyange PM^b, Richardson BA^a, Lavreys L, Chohan B^b, Martin HL, Mandaliya K, Ndinya-Achola JO, Bwayo JJ, Kreiss JK. (2001). Hormonal contraception and risk of sexually transmitted disease acquisition: Results from a prospective study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 185(2): 380-385.

Prospective study of hormonal contraception and women's risk of HIV infection in South Africa

The premise of this article is that many women using HC are also at risk of HIV infection, yet data are mixed on whether HC increases the risk of acquiring HIV. It examined the association between HIV incidence and the use of combined oral contraceptives (COC), norethindrone enanthate (NET-EN) or DMPA in a cohort of 4,200 women aged 35-49 years in South Africa. It found that after adjusting for sexual risk behaviors and sexually transmitted infections, there was no difference in HIV incidence between women using COC, NET-EN or DMPA and those not using any hormonal method. The authors conclude that this is evidence, from cohorts of women in the general population, of the lack of association between HC use and increased risk of HIV infection. Nonetheless, they note that family planning services are an important venue for HIV prevention activities.

Source: Myer L, Denny L, Wright TC, Kuhn L. (2007). Prospective study of hormonal contraception and women's risk of HIV infection in South Africa. *International Journal of Epidemiology* 36: 166–174.

NEWS AND EVENTS

ECafrique welcomes a new face

Wilson Liambila joined the EC family in June 2008. He is currently working on mainstreaming EC in the public sector in Kenya, and on improving the provision and use of EC in the private sector. He is further working with Population Services International (PSI), the Ministry of Health (MOH)-Kenya, the Kenya Medical Supplies Agency (KEMSA), EC distributors, the Pharmaceutical Society of Kenya (PSK), and the Pharmacy and Poisons Board (PPB) to address some of the challenges that EC users face, and those encountered by the supply side regarding quantification, distribution as well as other supply chain issues.

Wilson brings to the EC project a wealth of experience in the health sector. He has been coordinating the pilot project on integrating counseling and testing for HIV within Family Planning services in Central Kenya for the past three years. As a member of the National RH-HIV Integration Steering Committee, he has worked closely with the MOH teams at national, provincial and district levels. He has over 20 years of experience in health policy analysis, health sector reforms, and in health care financing issues including developing appropriate mechanisms for mobilizing resources and for devising other innovative strategies to be applied in resource poor settings. He has over the years trained health managers in the application of logical framework methodologies in project planning, implementation, monitoring and evaluation as well as developing standards and norms for effective health service delivery.

On EC, Wilson is happy with what has been accomplished in terms of mainstreaming the method in to the public health sector. Nonetheless, he feels that there is still much to be done by researchers and policy makers to streamline the messages on EC. He points out that there are conflicting messages on regimens and efficacy. For instance, some publications advocate for a stat-dose (swallowed at once) while others advocate for a repeat dose after twelve hours. In addition, whereas some documents mention the 72-hour efficacy, others mention 120 hours which confuses policy makers, program personnel, providers, and clients.

Three grants for African EC projects awarded in 2008

Through support from the William and Flora Hewlett Foundation, *ECafrique* awarded its 2008 grants to three non-governmental organizations (NGOs) working on EC mainstreaming in Africa. These are:

- Ghana: “Mainstreaming emergency contraception in Uganda: An operations research on bridging emergency contraceptive to oral contraceptives among young women in the University of Ghana,” GSMF International
- Uganda: “Mainstreaming EC knowledge among pre-service and in-service health care providers in Uganda,” Association of Obstetricians and Gynaecologists of Uganda (AOGU)
- Côte d’Ivoire: “Promotion de la contraception d’urgence chez les jeunes femmes en milieu urbain en Côte d’Ivoire,” Agence Ivoirienne de Marketing Social (AIMAS)

Three NGOs from Anglophone and another three from Francophone Africa were invited to week-long workshops in Nairobi in May and in Dakar in July, 2008 respectively. Similar to the previous workshops (see *ECafrique* Bulletin volume 5/1, p. 14), participants were provided with skills for developing internationally competitive proposals. The range of issues covered during the workshops included the logical framework, budgeting, narrative writing, and monitoring and evaluation of projects.

However, only three of the six projects were selected for the 2008 grants due to funding limitations. Since the projects that were not funded were also of high quality, *ECafrique* is working with them on how to secure alternative funding. These projects include:

- Kenya: “Mainstreaming emergency contraception through community-based approaches in Homabay District, Nyanza Province in Kenya,” Africa Alive!; E-mail: africaalivek@wananchi.com or afalivek@yahoo.com
- Senegal: “Projet contraception d’urgence,” Association Sénégalaise pour le Bien-Etre Familial (ASBEF); E-mail: asbefdk@orange.sn
- Benin: “Projet promotion de la contraception d’urgence au Bénin,” Association Béninoise pour la Promotion de la Famille (ABPF); E-mail: abpf@leland.bj

For the funded projects, *ECafrique* will continue to provide technical support during the award period.

NorLevo is launched in Morocco

About 300,000 abortions are performed in Morocco every year. Out of these, 99% occur outside the legal framework provided for performing an abortion. Since 2000, HRA Pharma has been involved in efforts to introduce NorLevo in Morocco in a bid to reduce the many unwanted pregnancies that lead to abortion. It, however, took a total of eight years of concerted efforts to get the pill into the market.

One of the challenges faced was getting the endorsement and support of the medical fraternity. On an average, the cost of performing an abortion is 100 Euros. This is a huge business in the Moroccan context. Despite the risks taken by doctors, they feared losing a large slice of revenue from performing abortions.

The second hurdle was that of obtaining the legal authorization from the successive governments, who feared a backlash from the largest political, religious, and civil society organizations in the country. Two Health Ministers, for instance, declined to authorize EC in 2000 and 2004. They made it clear that they were not ready to make decisions that could jeopardize their political careers.

Efforts to introduce the pill through the Moroccan family planning programme were fruitless. In the meantime, anecdotal evidence shows that a black market for NorLevo thrived in the country. The appointment of a female Health Minister towards the end of 2007, however, changed the whole story. Coming from the women empowerment movement, she allowed the registration of the pill in the country.

EC was in the headline news and became the talk of the town for weeks. Millions of Moroccan women now have access to a safe, efficient and affordable alternative to prevent unwanted pregnancies and subsequent unsafe abortion.

Saad Harti
Chief Executive Officer
AltaCare

La CU, le VIH/SIDA et les IST

EDITORIAL

L'accroissement de la connaissance et de l'accès aux pilules de CU à travers l'Afrique est à la fois une chance et un challenge. Ces pilules permettent d'une part, à ceux qui ont eu des rapports non protégés ou qui sont confrontés à l'échec d'une méthode de contraception, d'éviter le risque de grossesse. En outre, pour les clients de CU qui ont été exposés au risque d'Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et du VIH/SIDA, et ceci particulièrement dans un environnement présentant une prévalence du VIH élevée, l'offre de CU constitue dès lors une occasion pour les conseiller sur les méthodes régulières de planning familial et les orienter vers d'autres services de prévention du VIH et des IST. Le fait qu'un plus grand nombre de femmes puisse trop compter sur la pilule et choisir cette méthode, car pratique et facile à utiliser, constitue d'autre part un sujet d'inquiétude. Et ceci pourrait par la suite exposer ces femmes au risque d'infection au VIH/ITS, étant donné que la pilule ne protège pas contre ces infections.

Le lien entre la CU, le risque d'infection au VIH/IST et la prévention soulève donc un nombre important de questions liées à la recherche et aux programmes. Peut-on prouver qu'un accès accru à la CU soit associé à un risque accru d'infection au VIH/IST ? Qu'en est-il des indications de l'association entre un accès accru à la CU et la connaissance d'un tel risque? Existe-t-il des exemples d'études et de programmes de recherche qui proposent un scénario différent dans lequel l'accès accru à la CU est associé à un recours accru aux services de prévention tels le conseil et le dépistage? De quelle façon les programmes peuvent-ils le mieux garantir qu'un accès accru à la CU contribue à la prévention du VIH/IST plutôt qu'à un plus grand risque d'infection ?

Cependant, il ressort des articles publiés dans cette édition, que les réponses à ces questions cruciales ne sont pas facilement disponibles. A priori, il n'existe pas encore d'étude connue qui ait pu examiner de manière approfondie le lien entre l'utilisation de la CU et le risque d'infection par le VIH. Les preuves actuelles du lien entre l'utilisation de contraceptifs hormonaux (CH) et le risque d'infection par le VIH/IST pourraient fournir des indications sur ce à quoi il faut s'attendre en matière d'utilisation de CU. Néanmoins, ces preuves restent disparates: tandis que certaines études ont montré que l'utilisation de CH et un risque accru d'infection par les IST étaient liés, d'autres ne l'ont pas montré.

Comme le notent certains, à juste titre, cette contradiction pourrait être partiellement attribuée aux différences dans la conception des études ou à des défauts méthodologiques. Ceci souligne l'autre défi important à relever pour l'obtention des réponses aux questions ici posées, à savoir, comment concevoir le mieux possible des études qui fourniraient les réponses à ces questions. Peut-être est-il opportun que les chercheurs et responsables de programmes commencent à s'intéresser sérieusement à ces questions, étant donné que l'on entendra souvent des inquiétudes au sujet d'une utilisation répétée de la CU et le risque possible de l'infection par le VIH et les IST, particulièrement dans des contextes à prévalence élevée du VIH et des IST. Le défi est d'apporter des preuves basées sur des recherches solides et qui répondent à ces inquiétudes.

Ceci constitue un dilemme pour savoir comment développer actuellement à grande échelle les services de CU, surtout en Afrique, où la prévalence du VIH est élevée. La meilleure réponse est peut-être donnée par le premier collaborateur qui a noté qu'il est nécessaire de prendre en considération les besoins individuels des programmes, ainsi que l'étendue et l'importance de l'épidémie de VIH lors du développement à une plus grande échelle.

Francis Onyango, Rédacteur en chef invité
Jill Keesbury, *ECafrique* Coordinatrice
Youmane Faye, Coordinateur Francophone

Informations essentielles pour le développement à grande échelle des services de CU dans des contextes de VIH/SIDA variés.

La demande actuelle et potentielle pour les pilules de CU exige des programmes à grande échelle qui facilitent la diffusion de l'information, la formation et le conseil des fournisseurs ainsi que l'accès à une méthode contraceptive pour les femmes et les jeunes filles dans le monde entier. Dans des contextes à forte prévalence du VIH, le développement à grande échelle de la CU implique le besoin de développer une réponse très précise aux risques liés aux relations sexuelles non protégées. Là où les programmes de VIH/SIDA ont déjà été développés à grande échelle, par des moyens à la fois publics et privés, le fait d'inclure les services de CU a permis de fournir des services de santé de la reproduction (SR) complets. Cependant, avant de se lancer dans des programmes de développement conjoints, il est important de considérer le contexte de la prévalence du VIH et de déterminer à quel moment il est opportun et bénéfique de fournir simultanément la CU et des services de VIH.

Comprendre les besoins de chaque pays et la demande potentielle de CU est essentiel pour dessiner la trajectoire du programme de développement à grande échelle. Là où la prévalence est faible, comme dans de nombreux pays d'Afrique de l'Ouest, le fait d'inclure la CU dans les services de traitement du VIH/SIDA pourrait ne pas promouvoir la fourniture complète du service puisque la CU serait uniquement disponible pour les femmes infectées qui n'utilisent alors pas d'autres méthodes de contraception. Dans ce contexte, le développement à grande échelle des programmes de CU devrait être distinct des services de VIH. Le développement devrait suivre son propre plan opérationnel directeur avec des étapes stratégiques spécifiques et des indicateurs de la fourniture du service, afin de s'assurer que la CU est disponible pour toutes les femmes à travers différents points de distribution. Des lignes directrices et des modèles opérationnels existent à l'heure actuelle, au Bangladesh ou dans d'autres pays par exemple, pour aider au développement à grande échelle, à la présentation nationale des expériences et des enseignements tirés du passé.

L'offre de CU et les services VIH devrait également être proposés séparément là où la plupart des femmes, sinon toutes, apprennent leur séropositivité lors des services de soins prénatals, comme c'est le cas dans bien des endroits en Afrique. Dans ce contexte-ci, l'offre de CU n'est pas utile puisque les femmes recevant des soins prénatals ne sont pas des utilisatrices potentielles

d'une méthode contraceptive à ce moment là. Les programmes de CU seraient sans doute mis en œuvre et développés avec plus de succès s'ils l'étaient indépendamment dans ce cas-là, en incorporant peut-être l'offre de CU aux consultations post-natales comme une méthode possible de planning familial postpartum. Dans ce cas, la CU pourrait être utilisée durant la période transitoire entre la période d'aménorrhée de nourrice et l'adoption d'une méthode régulière.

Ceci étant, les jeunes filles africaines considèrent souvent la grossesse comme un plus grand risque pour la santé plutôt que l'infection par le VIH. L'offre de CU devrait donc être insérée dans l'ensemble des services de santé de la reproduction existants et inclure des programmes de prévention du VIH lorsque cela est approprié. Les femmes qui sollicitent un dépistage ou des soins suite à un rapport non protégé devraient se voir proposer des pilules de CU. L'accès à la CU dans des contextes à forte prévalence du VIH est également indispensable pour la prévention de la transmission de la mère à l'enfant, ainsi que pour le droit des femmes à un choix en matière de reproduction. Plus spécifiquement, dans le cas de violences sexuelles ou de viol, la CU et la *prophylaxie post exposition* (PPE) devraient être incluses dans le panel des soins d'urgence. La réussite de cette stratégie a été démontrée dans le travail de Population Council en Afrique du Sud.

Développer des programmes de CU à grande échelle en Afrique est souvent difficile. Les systèmes de santé défaillants et les barrières sociales et politiques continuent en effet de mettre à l'épreuve la résistance des stratégies d'exécution. Transposé dans le contexte du VIH, le développement à grande échelle des programmes de CU est aussi confronté à d'autres challenges. Il est important de prendre en considération les besoins individuels des programmes lors de la planification des programmes à grande échelle, tout en gardant à l'esprit l'étendue et l'importance de l'épidémie de VIH. Ceci permettra de s'assurer que toutes les femmes ont accès à l'information relative à la CU ainsi qu'à la méthode, tout en permettant cependant de porter une attention particulière aux femmes séropositives.

Katherine Williams
Programme de Santé de la Reproduction
Population Council
Washington, DC, USA
kwilliams@popcouncil.org

Les contraceptifs hormonaux et l'acquisition du VIH

Il existe des preuves diverses sur le fait que les contraceptifs hormonaux (CH) augmentent ou non le risque d'infection par le VIH chez les femmes. Une étude menée parmi des femmes prostituées de Nairobi, au Kenya, a par exemple montré que l'utilisation de CO était liée à un risque accru d'infection par le VIH. De même, deux études sur trente menées par *Family Health International* (FHI) ont montré que le risque d'infection par le VIH était plus important pour les utilisatrices de CH.

Cependant, d'autres études n'ont pas pu montrer une telle association ou ont montré un risque moins important d'infection par le VIH pour les utilisatrices de CH. La plupart des études

menées par FHI n'ont, par exemple, trouvé aucun lien, ou bien ont trouvé un lien négligeable entre l'utilisation de CH et le risque d'infection par le VIH. Une étude prospective a examiné l'utilisation des CH par une large cohorte de femmes au sein de la population en général et a montré que l'utilisation de CH n'entraînait pas un risque plus élevé de contracter le VIH. Une étude de cohorte prospective multicentrique de femmes non infectées par le VIH, âgées de 18 à 35 ans, au sein des cliniques de PF en Ouganda, Zimbabwe et Thaïlande, n'a pu montrer aucun lien entre l'utilisation de CH et l'infection par le VIH-1.

Un certain nombre de facteurs peuvent expliquer ces résultats contradictoires. Premièrement, les études ont été conçues différemment. La plupart des études ayant trouvé un risque accru d'infection par le VIH parmi les utilisateurs de CH, avaient par exemple été menées au sein de groupes à haut risque comme les prostituées ou les femmes fréquentant les cliniques pour IST. Il se pourrait que la prévalence des IST au sein de ces groupes à haut risque masque le lien entre l'utilisation de CH et le risque d'infection par le VIH. Deuxièmement, certaines études présentaient des discordances méthodologiques, tels qu'une incohérence dans l'étude, des limites dans l'utilisation de la CH et un suivi insuffisants.

Gundolf Hoppe
gundolfhoppe@hotmail.com

RECHERCHE

Etude systématique de la contraception hormonale et du risque de transmission du VIH : quand il faut contester la méta-analyse

L'auteur soutient que bien que la pilule contraceptive orale (CO) soit une méthode sûre et très efficace, qui a transformé la vie de bien des femmes dans le monde, son lien avec la transmission du VIH reste incertain. Se basant sur le bilan de 32 études, l'auteur argumente qu'il est difficile de savoir si les femmes qui prennent des contraceptifs hormonaux oraux ou injectables présentent ou non un risque accru d'infection par le VIH, et ceci pour plusieurs raisons. Premièrement, les méta-analyses statistiques des études d'observation disponibles ne peuvent pas surmonter leurs graves problèmes méthodologiques. Deuxièmement, des tests aléatoires ne sont pas envisageables pour des raisons pratiques et éthiques. Troisièmement, des études rétrospectives ne pourront sans doute pas résoudre le problème de la confusion entre le risque encouru lors des relations sexuelles et le choix d'une méthode contraceptive, ou bien d'estimer avec précision le niveau d'exposition au VIH avant l'infection. L'auteur pense donc que les approches actuelles qui visent à promouvoir la contraception hormonale lorsque cela est adapté aux besoins du planning familial, devraient être poursuivies. En plus, il faudrait insister sur l'importance et l'efficacité de l'utilisation régulière du préservatif, même si d'autres méthodes contraceptives sont utilisées ou non.

Source: Stephenson JM. (1998). Systematic review of hormonal contraception and risk of HIV transmission: When to resist meta-analysis. *AIDS* 12: 545-553.

Le risque de l'infection par le VIH pour les utilisatrices de la pilule contraceptive orale: méta-analyse.

Dans cette étude, les auteurs ont évalué l'ampleur de la relation entre le VIH et les pilules contraceptives orales (CO), se basant sur une analyse statistique de 28 études similaires, bien que séparées, publiées depuis 1985. Ils ont montré une relation significative entre l'utilisation d'un CO et la séroprévalence ainsi que la séroincidence du VIH-1. Les auteurs ont conclu que bien qu'il soit possible de conseiller aux femmes d'utiliser des méthodes pour prévenir une grossesse (à savoir la contraception hormonale, le dispositif intra-utérin ou la ligature des trompes...), les préservatifs devraient être également présentés comme le seul moyen de se prémunir contre les infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH, notamment dans des contextes comme l'Afrique où le contact hétérosexuel est le mode le plus courant d'infection par le VIH.

Source: Wang CC, Kreiss JK, Reilly Marie. (1999). Risk of HIV Infection in Oral Contraceptive Pill Users: A Meta-analysis. *JAIDS: Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 21(1): 51-58.

La contraception hormonale et le risque d'acquisition d'une maladie sexuellement transmise: résultats d'une étude prospective

Cette étude a examiné le rapport entre l'utilisation des pilules de CO et le risque d'infection sexuellement transmises parmi 948 prostituées au Kenya. Elle a montré que par rapport aux femmes qui n'utilisaient pas de moyen de contraception, les utilisatrices de pilules de CO avaient un risque accru de candidose à chlamydia ou vaginale; elles avaient toutefois un risque moindre de vaginose bactérienne. De même, les femmes utilisant l'acétate médroxyprogestérone-dépôt (*DMPA*) présentaient un risque plus important d'infection à chlamydia et un risque bien moindre de vaginose bactérienne, de trichomonase et d'infections génitales hautes. Cette étude a également montré que l'utilisation régulière du préservatif était liée de façon significative à un risque moindre de blennorragie, de chlamydia, d'ulcères génitaux, de vaginose bactérienne et d'infections génitales hautes. Les auteurs ont conclu que l'utilisation d'un contraceptif hormonal oral ou injectable affectait la sensibilité aux IST au sein de l'échantillon d'étude, et que ceci pouvait à son tour influencer la transmission du VIH. Ils recommandent l'utilisation régulière du préservatif pour prévenir les IST et le VIH chez les femmes qui utilisent une contraception hormonale.

Source: Baeten, JM^a, Nyange PM^b, Richardson BA^a, Lavreys L, Chohan B^b, Martin HL, Mandaliya K, Ndinya-Achola JO, Bwayo JJ, Kreiss JK. (2001). Hormonal contraception and risk of sexually transmitted disease acquisition: Results from a prospective study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 185(2): 380-385.

Etude prospective de la contraception hormonale et le risque d'infection par le VIH chez les femmes en Afrique du Sud.

Le postulat de cet article est que de nombreuses femmes utilisant la CH présentent également un risque d'infection par le VIH, cependant les données sont partagées quant à savoir si la CH augmente ou non le risque de contracter le VIH. Il a examiné le lien entre l'incidence de VIH et l'utilisation de contraceptifs oraux combinés (COC), l'énanthate de noréthindrone (NET-EN) ou le DMPA dans une cohorte de 4200 femmes âgées de 35 à 49 ans en Afrique du Sud. Il a montré qu'après ajustement entre les comportements sexuels à risque et les infections sexuellement transmises, il n'y avait pas de différence sur l'incidence du VIH entre les femmes qui utilisaient la COC, le NET-EN ou le DMPA et celles qui n'utilisaient pas de méthode hormonale.

Les auteurs concluent que ceci est la preuve, au sein de nombreuses cohortes de femmes dans la population en général, du peu de lien entre l'utilisation de CH et un risque accru d'infection par le VIH. Toutefois, ils font remarquer que les services de planning familial sont un élément important des activités de prévention du VIH.

Source: Myer L, Denny L, Wright TC, Kuhn L. (2007). Prospective study of hormonal contraception and women's risk of HIV infection in South Africa. *International Journal of Epidemiology* 36: 166–174.

INFORMATIONS ET EVENEMENTS

ECafrique accueille un nouveau membre

Wilson Liambila a rejoint la famille de CU en juin 2008. Il s'attache actuellement à généraliser la CU dans le secteur public au Kenya et à améliorer la fourniture et l'utilisation de CU dans le secteur privé. Il travaille également avec *Population Services International (PSI)*, le Ministère de la Santé Kenyan, la *Kenya Medical Supplies Agency (KEMSA)*, des distributeurs de CU, la *Pharmaceutical Society of Kenya (PSK)*, et le *Pharmacy and Poisons Board (PPB)* pour répondre à certains problèmes que rencontrent les utilisateurs de CU et les fournisseurs quant à la quantification, la distribution et aussi d'autres questions liées à la chaîne logistique.

Wilson apporte au projet de CU une riche expérience dans le secteur de la santé. Il a coordonné le projet pilote d'intégration du conseil et du dépistage du VIH dans les services de planning familial dans le centre du Kenya ces trois dernières années. En tant que membre du comité national de direction de SR-VIH pour l'intégration, il a travaillé en étroite collaboration avec les équipes du ministère de la santé aux niveaux national, provincial et de district. Il a plus de 20 ans d'expérience en analyse des politiques de santé, réformes du secteur de la santé et des questions liées au financement des soins y compris le développement de mécanismes appropriés pour mobiliser les ressources et concevoir d'autres stratégies innovantes applicables dans des contextes pauvres en ressources. Au fil des années, il a formé des managers de la santé à l'application des méthodologies du cadre logique pour la planification de projet, la mise en place, le suivi et l'évaluation ainsi que le développement de critères et de normes pour la fourniture d'un service de santé efficace.

Quant à la CU, Wilson se félicite des résultats obtenus en matière de généralisation de la méthode dans le secteur public de la santé. Toutefois, il considère que les chercheurs et

dirigeants ont encore beaucoup à faire pour améliorer l'information sur la CU. Il souligne qu'il existe des messages contradictoires sur les méthodes et leur efficacité. Par exemple, certaines publications prônent la dose unique (prise en une seule fois), tandis que d'autres conseillent une deuxième dose après 12 heures. De plus, alors que certains documents mentionnent une efficacité dans les 72 heures, d'autres mentionnent 120 heures, ce qui déconcerte les dirigeants, le personnel des programmes, les fournisseurs et les clients.

Attribution de trois subventions pour des projets de CU en Afrique pour 2008

Grâce au soutien de la Fondation William et Flora Hewlett, *ECafrique* a attribué ses subventions pour 2008 à trois organisations non gouvernementales (ONG) travaillant à promouvoir la CU en Afrique. Ces ONG sont :

- Ghana : « Promouvoir la contraception d'urgence en Ouganda : recherche opérationnelle sur la transition des contraceptifs d'urgence vers les contraceptifs oraux parmi les jeunes femmes de l'université de Ghana », GSMF International
- Ouganda : « Promouvoir la connaissance de la CU au sein des fournisseurs de soins avant le service et pendant le service en Ouganda », Association des Obstétriciens et Gynécologues d'Ouganda » (AOGU)
- Côte d'Ivoire: « Promotion de la contraception d'urgence chez les jeunes femmes en milieu urbain en Côte d'Ivoire, » Agence Ivoirienne de Marketing Social (AIMAS)

Trois ONG de l'Afrique anglophone et trois autres francophones ont été invitées à des ateliers de travail d'une semaine à Nairobi en mai et à Dakar en juillet 2008 respectivement. Comme pour les précédents ateliers (cf. *ECafrique* Bulletin volume 5/1, p.14), les participants ont eu à leur disposition les outils nécessaires pour développer des propositions concurrentielles sur le plan international.

La gamme de problèmes abordés lors de ces ateliers a inclus le cadre logique, les prévisions budgétaires, la rédaction du descriptif du projet, le suivi et l'évaluation de projets.

Cependant, seuls trois projets sur six furent sélectionnés pour les subventions 2008 en raison de la restriction des fonds. Etant donné que les projets qui n'avaient pas été financés étaient également de très bonne qualité, *ECafrique* travaille actuellement avec eux pour trouver comment garantir un autre financement. Ces projets comprennent :

- Kenya : « Promouvoir la contraception d'urgence à travers une approche axée sur la communauté dans le district de Homabay et la Province de Nyanza au Kenya » Africa Alive!; E-mail: africaalivek@wananchi.com ou afalivek@yahoo.com
- Sénégal: "Projet contraception d'urgence" Association Sénégalaise pour le Bien-Etre Familial (ASBEF); E-mail: asbefdk@orange.sn
- Bénin: "Projet promotion de la contraception d'urgence au Bénin" Association Béninoise pour la Promotion de la Famille (ABPF); E-mail: abpf@leland.bj

Pour les projets ayant reçu une subvention, *ECafrique* continuera à fournir une aide technique tout au long de la période de financement.

Le Norlevo enfin lancé au Maroc

Environ 300 000 avortements sont pratiqués au Maroc chaque année. Parmi ceux-ci, 99% se passent en dehors du cadre légal autorisé pour un avortement. Depuis 2000, HRA Pharma s'est attaché à introduire le Norlevo au Maroc, dans l'espoir de réduire les nombreuses grossesses non désirées qui mènent à l'avortement. Il a toutefois fallu attendre huit années d'efforts concertés pour introduire la pilule sur le marché.

L'un des problèmes rencontrés fut d'obtenir l'approbation et le soutien du corps médical. En moyenne, le coût d'un avortement est de 100 euros. Cela représente un commerce très lucratif au Maroc. Malgré les risques encourus par les docteurs, ceux-ci craignaient de perdre une large part de leur revenu en renonçant à pratiquer l'avortement.

Le deuxième obstacle était d'obtenir l'autorisation légale des gouvernements successifs, qui craignaient la réaction des grandes organisations politiques, religieuses et de la société civile dans le pays. Deux ministres de la santé ont par exemple refusé d'autoriser la CU en 2000 et 2004. Ils ont fait clairement comprendre qu'ils n'étaient pas prêts à prendre des décisions qui pourraient compromettre leurs carrières politiques.

Les efforts pour introduire la pilule par le biais du programme de planning familial marocain sont restés vains. Parallèlement, de nombreux témoignages attestaient que le marché noir pour le Norlévo se développait dans le pays. La nomination d'une femme Ministre de la Santé vers la fin 2007 a cependant totalement changé la donne. Issue du mouvement pour l'émancipation des femmes, elle a accordé le dépôt de la pilule dans le pays.

La CU a fait la une des journaux et est devenue le sujet de conversation pendant des semaines. Des millions de femmes marocaines ont à présent accès à une option sûre, efficace et abordable pour éviter des grossesses non désirées et un avortement subséquent dangereux.

Saad Harti
Président Directeur Général
AltaCare