

**h e d s**

Haute école de santé  
Genève

# **Pour quelles raisons, le taux de transmission verticale du Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) durant l'accouchement et la période du post-partum reste élevé en Afrique de l'Est, malgré les programmes de prévention actuels ?**

**Mémoire de fin d'étude  
Travail de Bachelor**

**DORSAZ Claire**

Matricule : 15494727

**HERITIER Mathilde**

Matricule : 15496318

Directeur de mémoire :

Monsieur Pierre Carquillat, Master ERCE, Doctorant en Sciences de la Vie et de la Santé, collaborateur scientifique, filière sage-femme

Experte enseignante :

Madame Catia Nunno Paillard, MAS en santé publique, chargée d'enseignement, filière sage-femme

Experte de terrain :

Madame Nelly Staderini, Sage-femme, référente médicale – Santé de la reproduction, MSF Suisse

Haute Ecole de Santé de Genève (Heds), le 16 août 2018

## DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

« Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteures et en aucun cas celle de la Haute école de santé de Genève, du Jury ou du Directeur de Travail de Bachelor.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste des références bibliographiques ».

Sion, le 16 août 2018

DORSAZ Claire



---

HERITIER Mathilde



---

## RÉSUMÉ

**Introduction** : Des progrès énormes ont été réalisés en matière de prévention de la transmission mère-enfant (TME) du VIH grâce à la mise en place de différents programmes en Afrique. En 2016, le taux de TME restait toutefois élevé en Afrique de l'Est.

**Objectif** : Effectuer une revue de littérature pour déterminer quels facteurs influencent l'adhérence et l'accès aux traitements antirétroviraux. Et cela, dans le but de mieux comprendre pourquoi le taux de TME demeure élevé en Afrique de l'Est malgré les programmes de prévention actuels.

**Méthode** : La dernière recherche a été réalisée le 10 janvier 2018 avec le moteur de recherche PubMed. Les mots-clés suivants ont été utilisés (((HIV[MeSH Terms]) ET pregnancies[MeSH Terms]) ET africa, eastern[MeSH Terms]) ET prenatal care[MeSH Terms]. Cinq études ont été sélectionnées, à l'aide de bases de données scientifiques, pour répondre à la question de recherche. Les articles ont été analysés de manière descriptive, puis critique avant d'être discutés selon six hypothèses.

**Résultat** : La stigmatisation et la spiritualité ne semblent pas influencer avec l'adhérence au traitement. Toutefois, les femmes reportent des expériences de vie négatives à l'annonce de leur séropositivité. La distance de l'habitation au centre de soins n'a pas été décrite comme facteur influençant. Cependant, différents aspects liés à celle-ci tels que la sécurité, la disponibilité des transports ou leurs coûts le sont clairement. La mauvaise répartition des ressources financières est un facteur déterminant.

**Conclusion** : Les recommandations liées aux soins anténataux sont applicables dans les centres de soins. Malgré tout, le suivi post-partum reste superficiel. Or, le risque de transmission par l'allaitement maternel est établi. Afin de réduire ce risque, il serait intéressant de mener une étude sur les programmes de prévention actuels ciblés sur cette période.

**Mots-clés** : Transmission verticale, transmission mère-enfant, VIH, Afrique de l'Est, accouchement, post-partum, allaitement

## ABSTRACT

**Introduction:** Considerable progress have been made in preventing mother-to-child transmission (MTCT) of HIV through the implementation of different programs in Africa. In 2016, however, the rate of MTCT remained high in East Africa.

**Objective:** To conduct a literature review to determine which factors influence adherence and access to antiretroviral therapy. And this, in order to better understand why the rate of MTCT remains high in East Africa despite the current prevention programs.

**Method:** The latest search was performed on the 10<sup>th</sup> of January, 2018, using the PubMed search engine. The following key terms have been used ((HIV[MeSH Terms]) AND pregnancies[MeSH Terms]) AND africa, eastern[MeSH Terms]) AND prenatal care[MeSH Terms].

A choice of five studies was made through scientific databases, to answer the research question. They were analyzed in a descriptive and critical way before being discussed according to six hypotheses.

**Result:** Stigma and spirituality do not seem to interfere with adherence. However, women report negative life experiences after the announcement of their HIV status. Distance from home to care center has not been described as influencing factor. However, various aspects are clearly related to it such as safety, the availability of transport or their costs. The misallocation of financial resources is a determining factor.

**Conclusion:** Recommendations related to antenatal care are applicable in health centers. Nevertheless, postpartum follow-up remains superficial. However, the risk of transmission through breastfeeding is established. To reduce this risk, it would be interesting to conduct a study on the current prevention programs targeted for this period.

**Keywords:** Vertical transmission, mother-to-child transmission, HIV, East Africa, delivery, postpartum, breastfeeding

## REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont pu nous soutenir et nous aider dans la rédaction de ce travail.

Nous adressons un merci particulier à :

**Monsieur Pierre Carquillat**, pour son aiguillage tout au long de notre travail, ses remarques pertinentes et sa disponibilité. Son aide nous a été précieuse.

**Madame Nelly Staderini**, pour avoir accepté d'être notre experte de terrain et d'avoir pris le temps de lire et de s'intéresser à notre travail. Nous tenions également à la remercier pour l'entretien constructif et passionné qui nous a aidé à être plus pertinentes dans l'élaboration du retour dans la pratique.

**Les bibliothécaires** de la Haute école de santé de Genève pour leur aide dans la recherche de littérature et dans nos questions pour les références bibliographiques.

**Le personnel du Bwindi Community Hospital** pour avoir pris le temps de répondre à notre questionnaire et ainsi nous permettre d'obtenir des exemples concrets de la situation en Ouganda.

**Madame Marie-Laure Dorsaz, Madame Maryfrance Héritier, Madame Nathalie Dorsaz, Madame Maude Antony et Monsieur Jacques Grandjean** pour la relecture de notre travail au complet.

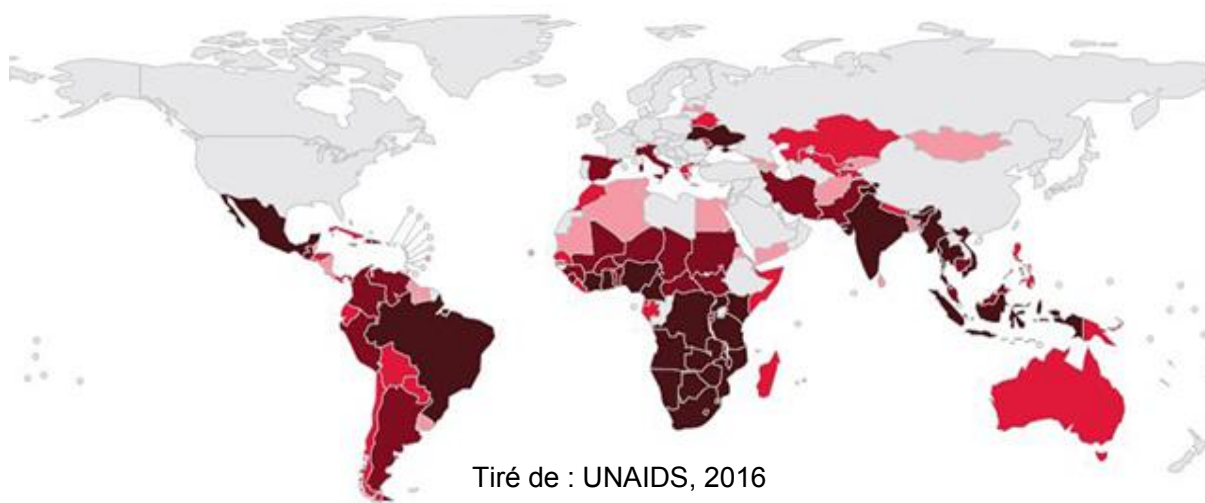
Nous remercions également **nos familles et nos ami(e)s** pour leur soutien, leur patience et leurs conseils lors de l'élaboration de notre travail.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>1. QUESTIONNEMENT PROFESSIONNEL.....</b>	<b>7</b>
<b>2. CADRE DE REFERENCE THEORIQUE .....</b>	<b>10</b>
2.1 Contexte .....	10
2.2 Limites.....	10
2.3 Problématique .....	14
<b>3. DIMENSION ÉTHIQUE .....</b>	<b>15</b>
3.1 Définition.....	15
3.2 Éthique et pratique sage-femme .....	16
3.3 Éthique et VIH .....	16
3.4 Éthique dans la revue de littérature .....	17
<b>4. MÉTHODOLOGIE.....</b>	<b>18</b>
4.1 PICO .....	18
4.2 Mots-clés .....	19
4.3 Bases de données .....	21
4.4 Critères de sélection des articles .....	21
4.4.1 Critères de sélection .....	21
4.4.2 Critères d'inclusion communs.....	22
4.4.3 Critères d'exclusion communs.....	22
4.5 Historique de recherche.....	23
4.5.1 Tableau récapitulatif PubMed .....	23
4.5.2 Tableau récapitulatif CINHAI .....	25
4.5.3 Tableau récapitulatif JSTOR.....	25
4.6 Screening des bibliographies.....	26
4.7 Limites et contraintes .....	27
4.8 Articles sélectionnés.....	27
4.8.1 Recherches qualitatives .....	27
4.8.2 Recherches quantitatives .....	28
<b>5. ANALYSE DESCRIPTIVE DES ARTICLES .....</b>	<b>29</b>
<b>6. PRESENTATION DES RESULTATS PAR HYPOTHESES .....</b>	<b>34</b>
<b>7. DISCUSSION.....</b>	<b>39</b>
<b>8. RETOUR DANS LA PRATIQUE .....</b>	<b>47</b>
<b>9. CONCLUSION .....</b>	<b>51</b>
<b>ANNEXE 1 : Le SIDA dans le monde : chiffre clés 2016 .....</b>	<b>52</b>
<b>ANNEXE 2 : Questionnaires BCH.....</b>	<b>53</b>
<b>ANNEXE 3 : Vignette.....</b>	<b>57</b>
<b>10. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>61</b>

## 1. QUESTIONNEMENT PROFESSIONNEL

Fin 2016, environ 36,7 millions de personnes vivaient avec le VIH dans le monde, dont 25,6 millions dans la région africaine (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2018) (annexe 1). L'Afrique de l'Est et du Sud sont particulièrement touchées par cette pandémie avec plus de 19,4 millions d'individus affectés (Organisation des Nations Unies Sida [ONUSIDA], 2016). L'Afrique orientale et l'Afrique australe représentent 43% des nouvelles infections VIH dans le monde, cela malgré une diminution de 29% de nouvelles infections (ONUSIDA, 2017).



Tiré de : UNAIDS, 2016

Les femmes enceintes représentent 59% du nombre de personnes atteintes du VIH en Afrique de l'Est et du Sud (ONUSIDA, 2017). Elles sont une population à risque important. La problématique de transmission du virus de la mère à l'enfant est ainsi une des préoccupations des professionnels de la maternité.

Les sages-femmes doivent avoir la capacité technique de « *fournir soins, aide et orientation ou traitement à la femme séropositive et une assistance socio-psychologique en matière de VIH et des tests de dépistage pour les femmes qui ne connaissent pas leur statut séropositif* » (International Confederation of Midwives [ICM], 2010, p.8). Son rôle est de maintenir la physiologie de la mère, mais également celle du nouveau-né. Ainsi, « *les sages-femmes prodiguent des soins complets et de haute qualité pour les nourrissons bien portants de la naissance à deux mois* » (ICM, 2010, p.18.).

L'objectif de l'accompagnement est de créer un lien de confiance pour amener la mère à trouver des solutions afin de promouvoir sa santé et celle de son bébé. Ainsi, elle diminuera les risques de contamination VIH. En impliquant la femme dans les discussions et les décisions, celle-ci deviendra responsable de sa santé et donc de sa qualité de vie à long terme.

La transmission verticale peut également être nommée « transmission mère-enfant » (TME). Il s'agit du cas où la mère VIH séropositive transmet le virus à son enfant au cours de la grossesse, lors de l'accouchement ou encore durant l'allaitement (Hohlfeld & Marty, 2012). Ce type de grossesse est donc considéré à haut risque.

Le taux de TME du VIH change selon la charge virale. En l'absence d'intervention et de prise d'un traitement antirétroviral, le risque de transmission verticale varie de 15 à 45% (De Cock et al., 2000). L'OMS recommande vivement la prise d'un traitement antirétroviral dès la séroconversion VIH diagnostiquée, réduisant ainsi à moins de 2% le risque de TME (Hohlfeld & Marty, 2012).

**Tableau 1. Risque estimé et moment de survenue de la transmission du VIH de la mère à l'enfant**

Moment de survenue	Taux de transmission (%)		
	Pas d'allaitement au sein	Allaitement au sein pendant 6 mois	Allaitement au sein pendant 18 à 24 mois
<b>Au cours de la grossesse</b>	5 à 10	5 à 10	5 à 10
<b>Au cours du travail</b>	10 à 20	10 à 20	10 à 20
<b>A cours de l'allaitement</b>			
<b>Précocement</b> (2 premiers mois)		5 à 10	5 à 10
<b>Tardivement</b> (après 2 mois)		1 à 5	5 à 10
<b>Globalement</b>	15 à 30	25 à 35	30 à 45

Tiré de : De Cock & al., 2000

Alors que les programmes et actions de prévention de TME du VIH demeurent fragmentés, de nombreux projets verticaux sont en place (OMS, 2013). Il existe des programmes de prévention relatifs au VIH qui s'inscrivent dans les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), tels que la mise en œuvre des Option A, l'Option B ou encore B+. Il s'agit de différentes stratégies de mise sous traitement lors des périodes de transmission, dans les pays touchés par la pandémie.



L'Option A prévoit une trithérapie maternelle à vie, sitôt le diagnostic posé, avec un changement de médication lors de la grossesse, de l'accouchement et de la première semaine post-partum. Le bébé reçoit son traitement jusqu'à une semaine après l'arrêt de l'allaitement ou au minimum jusqu'à quatre semaines de vie (OMS, 2012).

L'Option B simplifie le traitement maternel. La trithérapie est maintenue dès la pose de diagnostic jusqu'à la fin de la première semaine post-partum. Le bébé sera traité jusqu'à 6 semaines quel que soit son mode d'alimentation (OMS, 2012).

L'Option B+, plus récente, est en place depuis 2012. Ce programme offre à toutes les femmes enceintes et qui allaitent une consultation VIH avec un test. En cas de séroconversion, un traitement à vie est également fourni à la mère. Les enfants exposés reçoivent un traitement de prévention jusqu'à 6 semaines de vie, quel que soit leur mode d'alimentation (Dzangare et al, 2015).

En dépit de ces programmes, le taux de nouvelles transmissions verticales du VIH en Afrique orientale (les pays de la vallée du grand rift africain) avoisine, au cours de la même période, les 50% en Éthiopie, 53% au Kenya, 40% en Tanzanie, 30% en Ouganda, 77% au Rwanda, 31% au Malawi ou encore 11% au Burundi (ONUSIDA, 2016).

Cette mise en parallèle est intrigante. Nous nous sommes donc demandé pourquoi les taux de TME demeurent élevés dans ces pays d'Afrique malgré les programmes de prévention.

## **2. CADRE DE REFERENCE THEORIQUE**

### **2.1 Contexte**

Dans les années 1990, le VIH était considéré comme étant une maladie essentiellement masculine, puisqu'il a été découvert principalement chez des hommes homosexuels. La proportion de femmes VIH-séropositives n'a pourtant jamais cessé de croître jusqu'en 2002, où plus de la moitié des personnes infectées était de sexe féminin (Desclaux, 2011). Parallèlement, cette évolution augmentait donc le risque de transmission du virus au nouveau-né. En 2017, la gente féminine en Afrique de l'Est représentait encore 59% des personnes vivant avec le VIH (ONUSIDA, 2017).

À l'aube 2017 et cela depuis le lancement, en 2011, d'un vaste plan mondial pour faciliter l'accès au traitement, le taux de transmission a diminué de 16% dans le monde (ONUSIDA, 2018). De plus, 76% des femmes enceintes et allaitantes ont eu accès à des soins ciblés (OMS, 2018). Selon l'Aide Suisse contre le SIDA (2013), l'objectif du traitement est de réduire le nombre de particules virales (<50particules/ml). Enfin, le traitement permet aux personnes infectées par le virus d'avoir une bonne qualité de vie (Médecins Sans Frontières [MSF], 2017). D'autre part, il permet de réduire le risque de transmission materno-fœtale à moins de 2% (Hohlfeld & Marty, 2012).

Durant la grossesse, il est recommandé d'adapter le traitement. On évitera toutes transmissions accidentelles, en déconseillant le diagnostic prénatal invasif ou une rupture artificielle des membranes. (Hohlfeld & Marty, 2012). Depuis 2009, il est également recommandé de suivre un traitement antirétroviral durant toute la durée de l'allaitement, soit 12 mois (OMS, 2009). L'allaitement exclusif est préférable à une alimentation mixte (OMS, 2017, traduction libre).

### **2.2 Limites**

En Afrique de l'Est, plusieurs facteurs socio-démographiques, comportementaux, organisationnels et économiques expliqueraient les taux de transmission VIH élevés, et cela malgré les programmes de prévention et recommandations établis.

### Aspects sociaux :

En raison de l'inégalité entre les sexes, les femmes sont souvent plus touchées. Elles craignent de divulguer leur statut séropositif par peur de la violence de leur partenaire masculin (ONUSIDA, 2013, traduction libre, p.18). Dunkle & al (2004) posaient l'hypothèse suivante : les hommes commettant des abus sexuels sont plus à risque d'être VIH séropositifs et d'imposer des pratiques sexuelles dangereuses à leurs partenaires.

La violence et les abus sexuels seraient donc des facteurs de risque pour l'infection au VIH. De plus, selon l'OMS (2013), la prévalence de la violence physique ou sexuelle contre les femmes en Afrique est de 36.6%, contre 25.4% en Europe.

Dès lors, on peut se demander si les programmes de prévention mis en place permettent un accompagnement adéquat dans leur démarche de dépistage. Il serait également intéressant de déterminer dans quelle mesure les femmes testées positives, qui n'osent pas en parler à leur mari, sont autorisées à suivre leur traitement.

### Éducation :

D'après Mufune (2005), des idées controversées au sujet du VIH et de sa transmission sont répandues dans nombre de pays d'Afrique. Par exemple, croire que l'on peut contracter le VIH en buvant dans le verre d'un autre ou que le VIH est la cause directe de la sorcellerie.

D'autre part, certains séropositifs disent ne plus avoir besoin de se protéger. Porteurs du virus, ils ne trouvent plus d'intérêt de le faire. Certains autres patients testés séropositifs déclarent simplement ne pas l'être (Mufune, 2005, p.750-751).

Le manque de connaissance sur le VIH ainsi que les fausses croyances culturelles, au sujet de la transmission du virus, s'établissent comme une limite envisageable (Tenkorang, 2012).

### Traditions et mythes africains :

Actuellement, le VIH est connu dans la majeure partie des régions d'Afrique. Malgré cela, il existe de nombreuses traditions qui affaiblissent les efforts de prévention effectués (Tenkorang, 2012). Certains villageois namibiens décrivent la propagation du VIH au travers de différents mythes et croyances en le liant à une notion de spiritualité (Mufune, 2005).

Ceux-ci pourraient être une limite à la diminution du taux de nouvelles TME du VIH dans de nombreux pays d'Afrique.

### Stigmatisation et discrimination :

La stigmatisation se définit comme l'action de « marquer de manière définitive le corps de quelqu'un afin de lui donner une cicatrice distinctive » (Bichsel & Conus, 2017, p.478). Autrement dit, la stigmatisation décrit la mise à l'écart d'une personne à cause de ses différences qui sont considérées hors-norme. Elle peut prendre la forme de manifestations verbales banales, être amenée par les proches ou encore par la personne elle-même. La personne en question peut alors se considérer hors de la norme sociale établie et ainsi pratiquer le mécanisme d'auto-stigmatisation (Bichsel & Conus, 2017).

Naidoo et al. (2007) amènent une précision à cette définition en divisant les actions qui stigmatisent en stigma interne ou externe. Selon les auteurs, le stigma interne peut regrouper des sentiments tels que la peur de divulguer son statut VIH, une mauvaise estime de soi, une exclusion de certains lieux par la personne elle-même, un retrait social, une envie de vengeance ou encore un sentiment de haine. Tandis que le stigma externe, lui, est défini comme comprenant humiliations, arrêt de relation, questionnements insistants sur la maladie, violence physique ou verbale, insultes, dénigration, rumeurs, peur du contact direct, diminution des soins ou de l'accès à certaines structures. Ainsi, le stigma externe exprime des actions discriminantes. Les formes les plus courantes de stigmatisation externe envers les personnes vivant avec le VIH sont les commérages à 60%, suivis du harcèlement verbal, des insultes et des menaces à 37% et du rejet sexuel à 21,5% (ONUSIDA, 2013, traduction libre. P.60-61). Les expériences de toutes les formes de stigmatisation interne restent plus élevées chez les femmes.

La discrimination est le « traitement inégal et défavorable appliqué à certaines personnes (notamment en raison de leur origine, leur sexe, leur âge, leurs croyances religieuses...) » (Le Petit Robert, 2013, p. 750). Une définition qui suit celle de la stigmatisation.

La stigmatisation et la peur de divulguer son statut VIH pourraient être des limites à l'accès et l'adhérence au traitement pour les femmes.

D'autant qu'il existe encore un niveau élevé de stigmatisation et de discrimination à l'encontre des personnes séropositives dans certains pays de l'Afrique de l'Est (UNAIDS, 2016).

#### Accès aux traitements :

Jugée tout d'abord non profitable par les dirigeants mondiaux, la délivrance de médicaments antirétroviraux en Afrique orientale et australe montre des effets positifs. On observe un recul de la stigmatisation, une meilleure adhérence aux services de dépistage volontaire et une amélioration des programmes de prévention en place. Ainsi, l'accès équitable aux traitements reste l'une des clés des politiques actuelles (Hardon, 2005).

Cependant, pour que de tels traitements soient distribués et accessibles à la population, il faut avoir à disposition des centres de soins, des ressources financières ainsi que des soignants qualifiés.

Le sous-équipement et l'insuffisance de ressources financières et humaines restent un des principaux axes préjudiciables à l'Afrique. Ces contraintes sont accentuées par des inégalités présentes entre les zones rurales et les zones urbaines (Sylla & Ba-diagne, 2015).

Selon Jacquemot (2012), « *Le centre de santé/dispensaire le plus proche ne doit pas être à plus de 5 km (ou 10 km dans les régions particulièrement difficiles)* » (p.243).

Ainsi le manque de structure pourrait être un frein pour le dépistage du VIH. Il serait également pertinent de s'intéresser à d'autres freins comme la sécurité du chemin entre le domicile et le centre de soins ou le type et le coût du moyen de locomotion utilisé.

#### Ressources financières :

Dans les pays en voie de développement, la question qui se pose est la suivante : « *Comment permettre à la population de bénéficier de soins de santé essentiels à un prix abordable ?* » (OMS, 2004).

Une des réponses à cette question a été de proposer le développement d'une couverture sanitaire universelle, afin d'éviter aux personnes ayant besoin de soins de devoir payer des sommes astronomiques et de leur garantir un accès aux soins. (Spaan et al., 2004). D'autre part, il serait intéressant de comprendre comment les

ressources financières sont gérées et réparties entre les centres de soins et leurs différents services.

### **2.3 Problématique**

A la fin de l'année 2016, 36,7 millions de personnes vivaient avec le VIH. 25,6 millions d'entre elles habitaient dans le continent africain, dont 19,4 millions en Afrique de l'Est et du Sud (OMS, 2018). 59% des adultes atteints par le virus en Afrique de l'Est et du Sud étaient des femmes (UNAIDS, 2017).

Le taux de nouvelles TME du VIH en Afrique orientale dépassent, en 2016, majoritairement les 40% (UNAIDS, 2016).

Dès lors, de nombreux programmes de prévention visent à diminuer ces nouvelles transmissions durant l'accouchement et la période du post-partum et plus particulièrement pendant l'allaitement. Cependant, il existe toujours de nouveaux cas chaque année, ce qui ne fait qu'alimenter la pandémie (UNAIDS, 2015).

Compte tenu des informations retenues, nous avons cherché à comprendre pourquoi le taux de transmission verticale du VIH reste élevé dans le contexte africain, malgré les programmes de prévention mis en place.

Ainsi la question de recherche de ce travail est :

**Pour quelles raisons, le taux de transmission verticale du Virus de l'Immuno-déficience Humaine (VIH) durant l'accouchement et la période du post-partum reste élevé en Afrique, malgré les connaissances et les programmes de prévention actuels ?**

### 3. DIMENSION ÉTHIQUE

#### 3.1 Définition

L'éthique est l'« ensemble des valeurs, des règles morales propre à un milieu, une culture, un groupe » (Le Petit Robert, 2013, p. 946). Au niveau médical, la bioéthique ou l'éthique clinique porte sur l'application de principes éthiques. Cette branche du domaine cherche à surmonter les défis quotidiens dus à la recherche et au progrès toujours plus grand et important de la médecine.

Les principes éthiques, du latin *principium* qui signifie le commencement, se décrivent comme un genre de guide qui oriente l'ensemble de nos prises de décision de manière à ce qu'elles soient responsables. La pensée originelle était de créer une éthique universelle qui tienne compte des traditions et des valeurs essentielles. La préoccupation était de développer une entente commune, tendre vers une morale à laquelle tout le monde puisse s'identifier (S. Romagnoli, communication personnelle [support de cours], 14 janvier 2017).

Au IV<sup>e</sup> siècle avant J-C, le serment d'Hippocrate soumet des principes éthiques à respecter, encore présents actuellement dans la bioéthique : le principe de bienfaisance qui engage le souci de bien faire, celui de non-malfaisance à savoir ne pas commettre de méfaits et le principe de justice qui comprend le concept d'égalité et d'équité. Ce n'est que plus tard, suite à une forte prise de conscience des droits fondamentaux de la personne, que le quatrième principe devient primordial, celui de l'autonomie ou du respect de l'autodétermination (S. Michellod, communication personnelle [support de cours], 08 décembre 2014).

Beauchamp & Childress (2008) ont repris et développé ces quatre principes. Ils soutiennent qu'il n'y a pas de hiérarchie entre ceux-ci. Comme les concepts de base des droits fondamentaux de la personne, ils sont indivisibles. Que ce soit le principe de bienfaisance, de non-malfaisance, de justice ou encore d'autonomie, ils sont tous importants et doivent être considérés ensemble, comme un tout.

### **3.2 Éthique et pratique sage-femme**

La pratique sage-femme incarne, au quotidien, les principes éthiques mentionnés. Ainsi, l'éthique se lie au droit et à la déontologie et ils influencent ensemble quotidiennement la pratique soignante. (S. Romagnoli, communication personnelle [note de cours], 14 janvier 2017).

La déontologie est définie comme étant l'ensemble des devoirs que des personnes s'imposent dans l'exercice de leur profession (A. Gendre, communication personnelle [support de cours], 22 février 2015). Différents documents cadrent la pratique sage-femme. Pour exemple :

- Code international de déontologie des sages-femmes (Fédération suisse des sages-femmes 1994)

Le but commun est de mettre en accord les valeurs et les actions, tout en se fiant aux recommandations de bonnes pratiques et au cadre légal inscrit, en permettant une discussion autour des questionnements éthiques et en nommant les dilemmes rencontrés.

La fiabilité, l'authenticité ou encore l'honnêteté sont des compétences morales que la sage-femme incarne dans sa pratique. La valeur centrale pour la sage-femme est le souci de l'autre. Elle pratique ainsi l'éthique du care (A. Gendre, communication personnelle [support de cours], 22 février 2015).

### **3.3 Éthique et VIH**

La question de recherche de cette revue de littérature, soit « pour quelles raisons, le taux de transmission verticale du Virus de l'Immunodéficience Humain (VIH) durant l'accouchement et la période du post-partum reste élevé en Afrique de l'Est, malgré les programmes de prévention actuels ? » relève d'une réflexion éthique. Ce questionnement sur les comportements actuels en regard de la transmission verticale du VIH permet d'analyser la situation et ainsi évaluer différentes actions possibles.

Ces dernières années, des progrès spectaculaires ont été réalisés en matière de dépistage, de traitements et de la prise en charge des personnes VIH séropositives



dans le monde entier. Les instances internationales ont porté une attention particulière à cette réussite en se rapportant, par moment, au principe du moindre mal. Un principe qui va à l'encontre des principes éthiques mentionnés plus haut. Par exemple, le traitement antirétroviral a été utilisé comme outil économique ou politique (Lebouché, 2006). En Afrique de l'Est, les autorités nationales ont vite compris les avantages financiers de tels traitements. Ceux-ci préviennent des soins lourds et coûteux à un stade avancé de la maladie. De plus, ils diminuent la mortalité à court terme tout en maintenant les jeunes personnes touchées actives et productives dans leur société (travail, etc.).

Pour ce qui est de l'image positive des politiques, les grands dirigeants ont rapidement instauré des programmes de prévention et des campagnes de lutte contre le VIH (Lebouché, 2006). Une discrimination positive du VIH s'en est suivie.

La discrimination positive, par définition, s'oppose à la discrimination. Elle cherche à favoriser des groupes de personnes qui ont tendance à être désavantagés ou stigmatisés. Un dilemme éthique peut ainsi se créer : « Aider les plus démunis à travers des politiques de discrimination positive ou créer une injustice envers les populations qui sont privées des services » (Massé & Saint-Arnaud, 2003, p.273).

Le VIH se définit comme une maladie relationnelle. Elle a profondément marqué l'expérience sociale.

### **3.4 Éthique dans la revue de littérature**

Le respect de l'éthique est omniprésent dans ce travail de recherche. La sélection des études a été réalisée avec nuance et rigueur scientifique. Le principe de non-jugement a été appliqué tout au long de la présente revue de littérature.

Les auteurs de celle-ci se sont engagés à respecter l'éthique et à appliquer les différents principes lors de la construction de leurs recherches. Le Guide francophone d'analyse systématique des articles scientifiques (GFASAS) (Tétreault, Sorita, Ryan & Ledoux, 2013), a été sélectionné comme outil de recherche pour l'analyse des articles sélectionnés.

La qualité éthique des études retenues est discutée avec nuance et prudence, tout comme les issues/résultats décrits par les différents auteurs. Malgré tout, la propriété intellectuelle et la personnalité de chaque auteur sont respectées.

## 4. MÉTHODOLOGIE

### 4.1 PICO

PICO est un acronyme pour **P**atient/**P**opulation/**P**roblème, **I**ntervention, **C**omparaison, **O**utcome (issue). C'est un outil facilitant la formulation de la question de recherche en différents concepts pour construire une stratégie de recherche méthodique et efficace des articles scientifiques de la littérature.

L'utilisation de cette méthode a été pertinente pour formuler la question de recherche suivante:

« Pour quelles raisons, le taux de transmission verticale du Virus de l'Immunodéficience Humain (VIH) durant l'accouchement et la période du post-partum reste élevé en Afrique de l'Est malgré les programmes de prévention actuels ? »

<b>P</b>	Femmes africaines enceintes VIH positives de l'adolescence à l'âge adulte
<b>I</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programmes de prévention de la transmission verticale du VIH</li> <li>- Dépistage systématique</li> <li>- Éducation (connaissances, mœurs, représentations)</li> </ul>
<b>C</b>	Comparaison entre les différents programmes mis en place (ressemblances/disparités, efficience et rentabilité)
<b>O</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de séroconversion verticale du VIH</li> <li>- Adhérence aux traitements, compliance</li> <li>- Stigmatisation/discrimination des patientes séropositives</li> </ul>

## 4.2 Mots-clés

Pour préciser nos recherches, nous avons utilisé différentes combinaisons de mots-clés liées avec les opérateurs booléens « AND », « OR » et « NOT ». Ceux-ci nous permettent de regrouper, inclure ou exclure les mots-clés selon la combinaison choisie.

La combinaison de mots-clés permet la réalisation d'une recherche scientifique ciblée et précise.

Au travers de la plateforme HeTOP (<http://www.hetop.eu/hetop/>), nous avons recherché les MeSH-Terms correspondant à nos mots-clés pour le moteur de recherche PubMed. Un MeSH se traduit, en anglais, par Medical Subject Heading. Les MeSH-Terms constituent un vocabulaire biomédical contrôlé permettant de former une équation de recherche.

Tableau récapitulatif :

	<b>Mots-clés libres en français</b>	<b>Mots-clés en anglais</b>	<b>HeTOP Français</b>	<b>HeTOP Anglais</b>	<b>Mots-clés libres en anglais</b>
<b>P</b>	<b>VIH</b>	HIV	VIH (Virus de l'Immunodéficience humaine)	HIV (Human Immunodeficiency Virus)	-
	<b>Grossesse</b>	Pregnancy	Grossesse	pregnancy	-
	<b>Femmes enceintes</b>	Pregnant women	Femmes enceintes	pregnant women	-
	<b>Adolescentes</b>	Adolescent	Adolescent	adolescent, female	-
	<b>Afrique de l'Est</b>	Eastern Africa	Afrique de l'Est	africa, eastern	East africa
	<b>Personnel de santé</b>	Health personnel	Personnel de santé	health personnel	Health workers
	<b>Sages-femmes</b>	Midwives	Sages-femmes	midwives	-
<b>I</b>	<b>Prévention</b>	Prevention	Prévention et contrôle	prevention	-
	<b>Soin prénatal</b>	Prenatal care	Prise en charge prénatale	prenatal care program	-
	<b>Développement de programme</b>	Developmental program	Mise au point de programmes	development	-

	<b>Dépistage systématique</b>	Mass screening	Dépistage systématique	mass screening	-
	<b>Éducation</b>	Education	Éducation	education	-
<b>C</b>	<b>Evaluation de programme</b>	Program evaluation	Évaluation de programme	program evaluation	-
	<b>Traitement contre le VIH</b>	Anti HIV treatments	Agents, anti-hiv	anti-hiv agents	-
	<b>Politique de santé</b>	Health policy	Politique de santé	health policy	-
	<b>Coûts et bénéfices</b>	Cost effectiveness	Analyse coût-efficacité	cost effectiveness	-
<b>O</b>	<b>Transmission verticale</b>	Vertical transmission	Transmission verticale de maladies infectieuses	infectious disease transmission, vertical	Vertical transmission or mother-to-child transmission
	<b>Sérodiagnostic du VIH</b>	HIV serodiagnosis	Sérodiagnostic du VIH	hiv serodiagnosis	-
	<b>Observance du traitement médicamenteux</b>	Medication adherence	Observance du traitement médicamenteux	adherence, medication	Medication adherence
	<b>Stigmatisation</b>	Stigmatisation	Stéréotypage	stereotyping	-
	<b>Discrimination</b>	Discrimination	Discrimination (psychologie)	discrimination (psychology)	Discrimination
<b>+</b>		Qualitative Research	-	Qualitative Research	-

### **4.3 Bases de données**

Dans le but d'aboutir à une recherche la plus exhaustive possible d'articles de littérature, plusieurs bases de données spécialisées en santé ont été utilisées, avec des sources fiables et permettant une recherche fine.

MEDLINE: Base de données bibliographiques regroupant de la littérature scientifique couvrant les domaines suivants : médecine, santé, biologie, bio-chimie, pharmacologie, toxicologie et sciences infirmières.

Utilisation de PubMed comme moteur de recherche dans cette base de données.

CINHAL: « Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature ». Base de données complémentaire couvrant les domaines suivants : sciences infirmières, sciences de la santé et sciences paramédicales en offrant des articles, des livres et des thèses.

JSTOR: Base de données complémentaire pour la recherche qualitative. Elle offre l'accès à des études, articles, journaux et livres couvrant les domaines suivants : sciences sociales et humaines, sciences et mathématiques, médecine, droit, histoire, économie et arts.

### **4.4 Critères de sélection des articles**

#### **4.4.1 Critères de sélection**

- Publication dès 2005.

Avant nos recherches, nous avons décidé de choisir des articles parus dans les dix dernières années, afin d'obtenir des informations actuelles. Puis, lors de nos recherches, nous avons trouvé plusieurs articles pertinents, datant de plus d'une décennie. Nous avons donc élargi notre critère de sélection à des publications dès 2005.

- Langues : anglais, français.
- Éthique respectée : les participants donnent leur accord, aucun des traitements comparés dans les études n'est nocif pour les patientes et les entretiens ne nuisent pas à la réputation des personnes interviewées, les principes de la bioéthique sont respectés (autonomie, non-malfaisance, bienveillance, justice).

#### **4.4.2 Critères d'inclusion communs**

- Population : Femmes séropositives enceintes, autochtones.
- Localisation : Afrique de l'Est (Afrique orientale ou vallée du grand rift africain) : Kenya, Ouganda, Tanzanie, Rwanda, Burundi, Malawi, Soudan. L'Afrique de l'Est et du Sud-Est sont les régions du monde qui contiennent le plus de personnes vivant avec le VIH (19.4 millions), selon UNAIDS (2017).
- Études ayant comme objectif à court et à long terme de diminuer la prévalence de la transmission verticale du VIH.

Recherches qualitatives : Discussion de groupe ou entretiens individuels.

Recherches quantitatives : Méthode de comparaison de données fiables et échantillons suffisamment conséquents pour être représentatifs.

#### **4.4.3 Critères d'exclusion communs**

- Population : stade de SIDA avancé, population non africaine.
- Articles concernant le VIH de manière générale, sans aborder le thème de la transmission verticale.
- Articles concernant la prévention de la transmission du virus lors de l'allaitement exclusivement.
- Études avec méthodologie mixte : nous avons choisi des études de ces deux types, mais souhaitons les analyser séparément afin de mieux cerner les informations et d'éliminer des biais de suivi (2 groupes analysés de manière différente au cours de l'étude) et d'évaluation (critères de jugement différents pour les 2 groupes).

Plusieurs articles du même auteur : la littérature est vaste et nous souhaitons avoir le point de vue de cinq différents auteurs ou groupes d'auteurs afin d'obtenir des résultats complets et d'éviter d'être influencées.

Recherches qualitatives : Différents meneurs d'entretien.

Recherches quantitatives : Niveau de preuve insuffisant (statistiquement non représentatif). Types d'études : études cas-témoin, séries de cas et études rétrospectives. Afin d'avoir des articles présentant des preuves ou des présomptions

*scientifiques et d'éliminer la littérature à faible niveau de preuve (P. Carquillat, communication personnelle [Support de cours], 3 décembre 2015).*

#### 4.5 Historique de recherche

Il était important de mêler recherches quantitatives et qualitatives pour ce travail. D'une part, pour connaître l'efficacité des prises en charge mises en place dans l'Afrique de l'Est et d'autre part, pour cerner au mieux les facteurs déterminants et réels qui influencent l'adhérence au traitement et ainsi son efficacité.

##### 4.5.1 Tableau récapitulatif PubMed

Combinaison de mot-clés / opérateurs booléens	Nombre d'articles trouvés	Nombre d'articles sélectionnés
((Pregnancies[MeSH Terms]) AND HIV[MeSH Terms]) AND infectious disease transmission, vertical[MeSH Terms] AND africa, eastern[MeSH Terms]	154	4 Nduati & al (2015) <b>Gourlay &amp; al (2014)</b> <b>Kim &amp; al (2013)</b> Atwiine & al. (2013)
((pregnancies[MeSH Terms]) AND infectious disease transmission, vertical[MeSH Terms] AND hiv[MeSH Terms] AND africa, eastern[MeSH Terms] AND <b>cost effectiveness[MeSH Terms]</b> )	2	1 <b>Kim &amp; al (2013)</b>
(((((Pregnancies[MeSH Terms]) AND HIV[MeSH Terms]) AND infectious disease transmission, vertical[MeSH Terms]) AND africa, eastern[MeSH Terms])) AND <b>Education[MeSH Terms]</b> )	3	1 <b>Gourlay &amp; al (2014)</b>
(((((Pregnancies) OR pregnant women[MeSH Terms]) AND <b>hiv serodiagnosis[MeSH Terms]</b> ) AND infectious disease transmission, vertical[MeSH Terms] AND <b>mass screenings[MeSH Terms]</b> ) AND africa, eastern[MeSH Terms])	4	2 Ishikawa & al (2016) Mpairwe & al (2005)

((((((HIV[MeSH Terms]) AND pregnancies[MeSH Terms]) AND <b>stereotyping[MeSH Terms]</b> OR <b>discrimination[MeSH Terms]</b> ) AND africa, eastern[MeSH Terms]))	14	2 Mburu & al (2013) <b>Kinuthia &amp; al (2011)</b>
((((((pregnancies[MeSH Terms]) OR pregnant women[MeSH Terms]) AND HIV[MeSH Terms]) AND africa, eastern[MeSH Terms]) AND infectious disease transmission, vertical[MeSH Terms]) AND <b>stereotyping[MeSH Terms]</b> )	1	1 <b>Kinuthia &amp; al (2011)</b>
(((((((pregnancies[MeSH Terms]) OR pregnant women[MeSH Terms]) AND HIV[MeSH Terms]) AND infectious disease transmission, vertical[MeSH Terms]) AND africa, eastern[MeSH Terms])) AND <b>nonadherence, patient[MeSH Terms]</b> )	6	1 Kirsten & al (2011)
((qualitative research[MeSH Terms]) AND HIV[Other Term]) AND <b>health worker, village[MeSH Terms]</b>	4	0
((((((((((((((((Qualitative Research[MeSH Terms]) AND HIV AND Prenatal Care) AND <b>Program Evaluation</b> )))) AND <b>Program Development</b> )))))) AND <b>midwives[MeSH Terms]</b>	0	0
((((((((((((((((Qualitative Research[MeSH Terms]) AND HIV AND Prenatal Care) AND Program Evaluation)))) AND Program Development)))))) AND <b>health personnel[MeSH Terms]</b>	1	1 <b>Nuwagaba-Biribonwoha &amp; al (2007)</b>
((((((HIV[MeSH Terms]) AND discrimination[MeSH Terms]) OR stereotyping[MeSH Terms]) AND africa[MeSH Terms])) AND non adherence, patient[MeSH Terms])	26	2 Graham & al (2015) <b>Kim &amp; al (2017)</b>
(((((((HIV[MeSH Terms]) AND discrimination[MeSH Terms]) OR stereotyping[MeSH Terms]) AND africa[MeSH Terms])) AND non adherence, patient[MeSH Terms]) AND <b>adolescent[MeSH Terms]</b> )	9	1 <b>Kim &amp; al (2017)</b>
(((HIV[MeSH Terms]) AND pregnancies[MeSH Terms]) AND africa, eastern[MeSH Terms]) AND <b>prenatal care[MeSH Terms]</b>	21	4 <b>Kim &amp; al (2013)</b> Becker & al (2010) Ahoua & al (2010) Kiarie & al (2006)



#### 4.5.2 Tableau récapitulatif CINHAL

Combinaison de mot-clés / opérateurs booléens	Nombre d'articles trouvés	Nombre d'articles sélectionnés
hiv AND pregnant women OR pregnancy AND ( vertical transmission or mother to child transmission ) AND east africa  <i>(Limites : full text, 2005-2017, english)</i>	16	1 Kershaw & al (2009)
hiv AND pregnancy <b>AND</b> pregnant women AND ( vertical transmission or mother to child transmission ) AND east Africa	0	0

#### 4.5.3 Tableau récapitulatif JSTOR

Combinaison de mot-clés / opérateurs booléens	Nombre d'articles trouvés	Nombre d'articles sélectionnés
(((((HIV ) AND (East Africa)) AND (vertical transmission)) AND (Pregnancy)) OR (Pregnant women)) AND la:(eng OR en)  Limites : english, 2015-2018	1539	0
((((((HIV ) AND (East Africa)) AND (vertical transmission)) AND (pregnancy)) OR (pregnant women)) AND ( <b>stigma</b> )) AND la:(eng OR en)  Limites : english, 2005-2018	54	0
((((((HIV ) AND (East Africa)) AND (vertical transmission)) AND (pregnancy)) OR (pregnant women)) AND ( <b>adolescent</b> )) AND la:(eng OR en)  Limtes : english, 2005-2018	67	0
(((((((HIV ) AND (East Africa)) AND (Vertical transmission)) AND (Pregnancy)) OR (Pregnant women)) AND ( <b>stigma</b> )) AND ( <b>adolescent</b> )) AND la:(eng OR en)  Limites : english, 2005-2018	1032	0
(((((((HIV ) AND (East Africa)) AND (Vertical transmission)) AND (Pregnancy)) <b>OR</b> (Pregnant women)) AND (stigma)) AND (adolescent)) AND la:(eng OR en)  Limiters : english, 2005-2018, journals	545	0

Une sélection finale de cinq articles de référence, présélectionnés parmi les nombreux autres articles étudiés, a été faite. Malgré leur pertinence avec notre thème de recherche, les articles lus ne correspondaient pas tous aux critères de sélection, d'inclusion et d'exclusion définis.

Les cinq études pour lesquelles nous avons opté ont été effectuées dans l'Afrique de l'Est, plus précisément dans les trois pays suivants : le Kenya, l'Ouganda et le Malawi. Les articles de référence retenus nous permettent d'avoir une vue globale de la problématique autour de la transmission verticale du VIH dans cette région du monde.

La population cible de notre travail reste la femme enceinte africaine VIH positive. Les articles de référence balayaient autant le thème des difficultés rencontrées par les professionnels de la santé face à la prévention de la transmission verticale du VIH, que celui des changements engendrés face aux nouvelles méthodes de prévention. Ils discutent également le thème de l'adhérence ou non des femmes ou encore celui des adolescents qui sont ou seront très rapidement concernés par le sujet.

En 2014, les Statistiques Sanitaires Mondiales démontrent que le taux de natalité moyen chez les adolescentes (15 à 19 ans) est de 49 pour 1000, le plus élevé étant répertorié en Afrique subsaharienne (WHO, 2018). En Afrique centrale, le pourcentage d'accouchements survenus avant 18 ans s'élève à 34,3 % (United Nations of International Children's Emergency Fund [UNICEF], 2015). Selon Momboma & al. (2016), l'âge maternel précoce, en Afrique subsaharienne, constitue un prédicteur important de facteurs de risque. Ainsi, cela souligne la nécessité d'améliorer la santé reproductive dans cette région du monde.

#### **4.6 Screening des bibliographies**

Tout au long des recherches, la bibliographie d'articles correspondant à notre thématique a été relevée. Le screening de celle-ci a permis de trouver d'autres références de la littérature scientifique, mais également d'autres ouvrages étoffant la littérature du cadre de référence.

Dans l'objectif d'appuyer l'argumentation du travail, une recherche de références littéraires et des recherches supplémentaires sur des sites internet fiables ont été réalisées. Celui de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), de l'Organisation des

Nations Unies Sida (ONUSIDA) ou encore celui de l'Office Fédéral de la Statistique (OFS) en sont des exemples.

#### **4.7 Limites et contraintes**

Beaucoup d'articles concernent la prévention secondaire de la transmission du VIH au cours de la période du post-partum. Les résultats de ceux-ci affichent davantage un constat de cette transmission verticale que de nouvelles recommandations pour une prévention primaire efficace dans l'avenir.

#### **4.8 Articles sélectionnés**

##### **4.8.1 Recherches qualitatives**

1. Nuwagaba-Biribonwoha H., Mayon-White R.T., Okong P., Carpenter, L.M. (2007). Challenges faced by health workers in implementing the prevention of mother-to-child HIV transmission (PMTCT) program in Uganda. *Journal of Public Health (Oxford Academic)*, 29(3), 269-274. Accès <https://academic.oup.com/jpubhealth/article/29/3/269/1590128>

*Cet article a été choisi pour connaître le point de vue des professionnels de la santé par rapport au programme de prévention mis en place.*

2. Gourlay, A., Mshana, G., Birdthistle, I., Bulugu, G., Zaba, B. & Urassa M. (2014). Using vignettes in qualitative research to explore barriers and facilitating factors to the uptake of prevention of mother-to-child transmission services in rural Tanzania: a critical analysis. *BMC Medical Research Methodology*, 14(21), 1-11. Accès <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3922981/pdf/1471-2288-14-21.pdf>

*Cette étude permettra de mieux cerner les connaissances et croyances de la population en général. En effet, ces vignettes explicatives imagent la prévention de la transmission du VIH d'un point de vue scientifique. Cela permet aussi de se rendre compte des croyances, de la culture et des connaissances de la population locale afin de mieux les comprendre et de pouvoir adapter la prévention pour qu'elle soit efficace.*

#### 4.8.2 Recherches quantitatives

3. Kim, M.H., Mazenga, A.C., Yu, X., Ahmed, S., Paul, M.E., Kazembe, P.N. & Abrams, E.J. (2017). High self-reported non-adherence to antiretroviral therapy amongst adolescents living with HIV in Malawi: barriers and associated factors. *Journal of the International AIDS Society*, 20(1), 1-12. doi :10.7448/IAS.20.1.21437

*La génération d'adolescentes porteuses du virus du VIH sera amenée à avoir des enfants dans un futur très proche. De plus, un des facteurs protecteurs de la transmission verticale du VIH est l'efficacité du traitement médicamenteux suivi par la maman.*

4. Kinuthia, J., Kiarie, J.N., Farquhar, C., Richardson, B.A., Nduati, R., Mbori-Ngacha, D. & John-Stewart, G. (2011). Uptake of prevention of mother to child transmission interventions in Kenya: health systems are more influential than stigma. *Journal of the International AIDS Society*, 14, 1-9. Accès <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3313883/pdf/1758-2652-14-61.pdf>

*Une des hypothèses de ce travail est que la stigmatisation et le stéréotypage des personnes porteuses du VIH, dans la communauté, influent sur l'accès aux soins, l'adhérence au traitement ou encore au dépistage volontaire.*

5. Kim, L.H., Cohan, D.L., Sparks, T.N., Pilliod, R.A., Arinaitwe, E. & Caughey, A.B. The cost-effectiveness of repeat HIV testing during pregnancy in a resource-limited setting. (2013). *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 63(2), 195-200. doi :10.1097/QAI.0b013e3182895565

*Une des difficultés de l'Afrique de l'Est est l'aspect financier. Cet article permet de mieux comprendre les programmes déjà mis en place, d'évaluer leur efficacité et s'ils sont adaptables au terrain réel et durables.*

## 5. ANALYSE DESCRIPTIVE DES ARTICLES

<p align="center"><b>Challenges faced by health workers in implementing the prevention of mother-to-child HIV transmission (PMTCT) program in Uganda</b>                      Nuwagaba-Biribonwoha, H., Mayon-White, R.T., Okong, P. &amp; Carpenter, L.M.                      (2007), <i>Journal of Public Health, Impact Factor (IF): 2.125</i></p>				
Objectif	Méthode	Procédure et méthodologie	Résultats principaux	Forces et limites
<p>Explorer l'expérience des soignants dans la mise en œuvre de programme de prévention de la transmission verticale du VIH (<i>Prevention of Mother-To-Child Transmission</i> ou PMTCT) en Ouganda.</p>	<p><u>Design:</u> Étude qualitative.</p> <p><u>Période et lieux d'étude:</u> Janvier-Juin 2003, 5 sites offrant une consultation de prévention de la transmission verticale en Ouganda : Hôpital de St. Francis Nsambya, Mulago et Mengo à Kampala. Hôpital d'Arua et d' Hoima au Nord-Ouest et à l'Ouest de Kampala.</p> <p><u>Population:</u> Dans chacun des 5 sites ont été recrutés le responsable du PMTCT, le coordinateur et l'obstétricien exerçant sur le site. Soit un total de 15 participants. Expérience de minimum 1 an au sein de l'Hôpital.</p> <p><u>Variables :</u> Genre. Lieu d'exercice.</p>	<p>Guide d'entretien standardisé avec des questions ouvertes.</p> <p><u>Thématiques abordées :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fonctionnement PMTCT</li> <li>- Changements des soins depuis l'introduction du programme.</li> <li>- Avantages et défis relevés.</li> <li>- Point à améliorer.</li> <li>- Avis sur la pérennité.</li> <li>- Conseils pour la mise en œuvre du PMTCT sur un nouveau site.</li> </ul> <p>Analyse thématique de contenu selon méthodologie précise. Les challenges et issues de l'implantation du PMTCT ont principalement été discutés lors des entretiens. Les challenges ont été abordés sous 4 aspects : les clients, les soignants, les centres et la prise en charge.</p>	<p>13 soignants parlent du PMTCT comme étant nécessaire et positif. 2 professionnels relèvent des issues négatives : difficultés dans l'implantation du programme avec un grand nombre de clients à traiter. L'implantation de ce genre de programme priorise la prise en charge des femmes enceinte et améliorant les soins et leurs accès.</p> <p><u>Challenges patients :</u> Absence de suivi sur le long terme (non traçabilité). Difficulté à maintenir la confidentialité.</p> <p><u>Challenges centres de soins:</u> Pénurie de staff compétent et de matériel. Manque de motivation chez les soignants. Manque de connaissances pratiques sur les HAART.</p> <p><u>Maintien à long terme :</u> Le PMTCT dépend directement du support du Ministère de la Santé. La majorité des participants pensent que sans fonds supplémentaires, les PMTCT ne dureraient pas.</p>	<p><u>Forces:</u> -Participants ayant de l'expérience dans les soins. -Participants se montrant motivés et enthousiastes.</p> <p><u>Limites:</u> L'enthousiasme des participants peut rendre leur vision sur l'implantation du PMTCT plus positive qu'elle ne l'est réellement. Jugement influencé par l'état affectif des soignants sélectionnés par rapport au programme implanté → <b>Biais de recrutement.</b></p>

**Using vignettes in qualitative research to explore barriers and facilitating factors to the uptake of prevention of mother-to-child transmission services in rural Tanzania: a critical analysis**

Gourlay, A., Mshana, G., Birdthistle, I., Bulugu, G., Zaba, B. & Urassa, M.

(2014), *BMC Medical Research Methodology*, RG score: 3.94

Objectif	Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
<p>1. Créer un environnement confortable pour des entretiens approfondis et encourager les femmes à discuter ouvertement des difficultés qu'elles rencontrent dans l'utilisation du programme PMTCT ou des services de santé maternel et infantile.</p> <p>2. Générer des données sur les barrières ainsi que sur les facteurs facilitant l'adoption du programme PMTCT du point de vue des mères séro-positives ou négatives, des pères et des membres de la famille.</p>	<p><u>Design:</u> Etude qualitative</p> <p><u>Période et lieu d'étude:</u> Mai et juin 2012, à Kisesa (région rurale du Nord-Ouest de la Tanzanie) avec 1 centre hospitalier et 3 dispensaires de village.</p> <p><u>Population:</u> Hommes ou femmes âgés de 15 à 60 ans ayant au moins 1 enfant, de différentes régions. 1-% femmes séropositives sélectionnées par groupe (par le programme PMTCT)</p> <p><u>Variables:</u> Femmes VIH séropositives et négatives.</p>	<p>3 groupes de femmes et 3 groupes d'hommes, chacun de 8 à 12 participants. Langue : Kiswahili Entrevue enregistrée (consentement signé)</p> <p><u>1<sup>ère</sup> phase:</u> Création de vignettes. Pour chaque groupe, les interviewer sont du même sexe que les participants. L'un mène les questions et son collègue retranscrit les discussions ainsi que les comportements/réactions des participants.</p> <p>Les vignettes sont créées grâce aux activités PLA (principalement jeux de rôle et classement d'obstacles)</p> <p><u>2<sup>ème</sup> phase:</u> Utilisation des vignettes dans 21 interviews face-à-face approfondis de 1h à 3h et 3 interviews avec les proches de jeunes mamans séropositives.</p>	<p>La vignette a permis aux participants de partager leurs expériences ainsi que de discuter des facteurs facilitants et des barrières rencontrées lorsqu'une personne veut accéder au service de PMTCT. La vignette créée a été comprise par la majorité des participants. Si nécessaire, les interviewers ont répété le récit. Cependant, 4 participants considèrent la vignette comme irréaliste.</p> <p>Les interviews ont aussi permis la génération de données concernant les facteurs facilitants et les barrières rencontrées.</p> <p>Les réponses aux questions sur la vignette reflétaient souvent les propres expériences des participants.</p>	<p><u>Forces:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Expression libre des difficultés rencontrées lors de l'adoption de programme PMTCT</li> <li>- Vignettes applicables à la majorité de la population</li> <li>- Statut VIH connu de l'examineur -&gt; se rend compte de l'utilité de la vignette (oser parler de sa séroconversion)</li> </ul> <p><u>Limites:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Interviewers peu expérimentés.</li> <li>- Langage utilisé non maîtrisé par tous les participants.</li> <li>- Peu de temps pour comprendre la vignette avant des interviews.</li> </ul>

<b>High self-reported non-adherence to antiretroviral therapy amongst adolescents living with HIV in Malawi: barriers and associated factors.</b> Kim, M.H., Mazenga, A.C., Yu, X., Ahmed, S., Paul, M.E., Kazembe, P.N. & Abrams, E.J. (2017), Journal of the International AIDS Society, IF: 6.30				
Objectif	Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
Investiguer les facteurs influençant l'adhérence au traitement antirétroviral chez les adolescents séropositifs.	<p><u>Design:</u> Étude quantitative de type transversale</p> <p><u>Période et lieu d'étude:</u> Janvier-août 2012, centre et Sud-Est du Malawi au Baylor College of Medicine Children's Clinical Center of Excellence (COE) et au Zomba ART Clinic.</p> <p><u>Population:</u> 519 adolescents malawites VIH séropositifs entre 12 et 18 ans, 290 filles et 229 garçons. Échantillon d'adolescents adapté.</p> <p><u>Variables:</u> Genre, contexte socio-économique/démographique (niveau scolaire, revenu familial, lieu d'habitation, responsable, religion), évènement post-traumatique (violences, décès), dépression, compliance, type/durée du TTT VIH, adhérence à l'ART, barrière à la médication, alcool.</p>	<p>Groupe unique</p> <p><u>1<sup>ère</sup> phase:</u> Consentement éclairé signé Passation de questionnaires (tests sous forme d'échelle de Likert) anonymes en Chichewa (dialecte local).</p> <p><u>2<sup>ème</sup> phase:</u> Analyse des réponses avec Cronbach ou avec CDRS-R selon les questionnaires (test).</p>	<p>Le modèle construit par les auteurs, se base sur l'analyse multivariée de 11 variables, les cutt-off<sup>1</sup>, le BDI<sup>2</sup>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manquer un rendez-vous dans les 6 derniers mois (<i>p-value</i> &lt;0.001) (<i>groupe de référence : personne n'ayant manqué aucun rendez-vous</i>)</li> <li>- Être victime ou témoins de violence domestique dans l'année précédente (<i>p-value</i> 0.03)</li> <li>- La consommation d'alcool dans les 30 derniers jours (<i>p-value</i> 0.02)</li> <li>- L'efficacité du traitement ressentie par le patient (<i>p-value</i> 0.04)</li> </ul>	<p><u>Forces:</u> -Échantillon représentatif d'adolescents à tous les stades de traitement -Questionnaires anonymes</p> <p><u>Limites:</u> -Design de l'étude : plus d'impact possible avec une cohort longitudinale -Clinique offrant des conditions favorables à l'adhérence au traitement -Prise du traitement non vérifiée par test paraclinique, seule parole des adolescents → <b>Biais de déclaration.</b></p>

<sup>1</sup> Seuil évalué à < 6 vs ≥ 6 pour la durée du traitement

<sup>2</sup> Echelle pour juger la tendance dépressive

**Uptake of prevention of mother to child transmission interventions in Kenya: health systems are more influential than stigma**

Kinuthia, J., Kiarie, J.N., Farquhar, C., Richardson, B.A., Nduati, R., Mbori-Ngacha, D. & John-Stewart, G.

(2011), Journal of the International AIDS Society, IF: 6.30

Objectif	Méthode	Procédure et méthodologie	Résultats principaux	Forces et limites
<p>Comprendre si le système de santé est plus influent que le stigma dans l'adhésion au système de prévention de la transmission verticale du VIH.</p>	<p><u>Design:</u> Étude quantitative de type transversale</p> <p><u>Période et lieux de l'étude:</u> Septembre 2008-mars 2009, 6 maternités publiques avec service PMTCT de routine, sélectionnées par échantillonnage raisonné, au Kenya.</p> <p><u>Population:</u> Proposition de participation faite à toutes les femmes venues consulter à 6 semaines post-partum dans les 6 maternités définies. 2700 femmes kényanes recrutées. Âge moyen : 24 ans.</p> <p><u>Variables :</u> Contexte socio-économique et démographique (scolarité, état civil, emploi/salaire, accessibilité à la télévision/gaz), primiparité, utilisation des services de soins périnataux.</p>	<p>2 groupes de femmes enceintes comparés: population de la province de Nyanza (prévalence VIH=14.9%) et celle de Nairobi (prévalence VIH=8.8%).</p> <p>Le critère de jugement principal choisi est la mesure du stigma, calculée selon une échelle comprenant 4 points :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peur de transmission et refus de contact avec les personnes ayant le VIH/SIDA.</li> <li>2. Notion de culpabilité, jugement et honte attribué aux personnes ayant le VIH/SIDA.</li> <li>3. Divulgaration des résultats des tests VIH.</li> <li>4. Stigma et discrimination par la population.</li> </ol>	<p>Tendance chez les mères ne voulant pas se faire tester, de ne pas vouloir acheter de la nourriture en provenance d'une personne VIH séropositive (p-value = 0.06, non significatif).</p> <p>La peur des résultats et l'incompréhension du test reviennent chez 11% des patientes.</p> <p>Les raisons pour lesquelles les jeunes mères ne participent pas au PMTCT sont socio-économiques (prix) et démographiques (distances) mais dépendent également des cliniques ne disposant pas du matériel nécessaire au testing, plutôt que due aux stigmas.</p> <p>7,7% des enfants nés ont été infectés par le VIH, 2,3% ont un statut indéterminé et 90% n'ont pas été sujet à la TME.</p> <p>Les mères ayant divulgué leur statut à leur partenaire suivaient mieux les recommandations concernant l'allaitement que celles qui ne l'avaient pas fait (p-value =0,01)</p>	<p><u>Forces:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Le choix de la consultation dès 6 semaines post-partum permet de toucher autant les jeunes mères ayant suivi le programme de PMTCT du VIH que celles qui ne l'ont pas fait. Mais également d'effectuer un contrôle chez le nouveau-né, permettant d'avoir une idée de la réussite ou non de l'implantation du PMTCT.</li> <li>-Avoir systématiquement vérifié les stigmas ressentis face à l'adhésion ou non au PMTCT.</li> </ul> <p><u>Limites:</u> Choix des centres de soins en fonction du taux de VIH →</p> <p><b>Biais de recrutement</b></p>



<p><b>The cost-effectiveness of repeat HIV testing during pregnancy in a resource-limited setting</b></p> <p>Kim, L.H., Cohan, D.L., Sparks, T.N., Pilliod, R.A., Arinaitwe, E. &amp; Caughey, A.B.</p> <p>(2014), <i>Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes</i>, RG score: 3.28</p>				
Objectif	Méthode	Procédure et méthodologie	Résultats principaux	Forces et limites
<p>Comparer le rapport coût-efficacité de 4 stratégies de dépistage HIV en Ouganda afin de déterminer laquelle serait la plus apte à être implantée avec succès.</p>	<p><u>Design:</u> Étude médico-économique de type coût-efficacité.</p> <p><u>Période et lieu de l'étude:</u> Choix de l'hypothèse : échantillon fictif de 10'000 femmes Ougandaises dans les conditions socio-économiques de 2008. (10'000 femmes HIV négative, HIV positives (prévalence de 10%) avec traitement ou non ou avec une séroconversion HIV durant la grossesse ou l'allaitement (prévalence de 3%)).</p> <p><u>Stratégies:</u> 1. Test unique des anticorps HIV au premier contrôle prénatal 2. 1+ test ARN HIV unique au premier contrôle prénatal 3. 1+test des anticorps HIV à l'accouchement 4. 3+ test ARN HIV à l'accouchement.</p>	<p>Modélisation avec arbre décisionnel.</p> <p><u>1ère phase:</u> Coût et année de vie sauvée calculée pour chaque méthode.</p> <p><u>2ème phase:</u> Calcul du rapport coût-efficacité de chaque méthode et d'un rapport de base (seuil toléré : <math>\leq 3x</math> le revenu brut par habitant (=3'300 US Dollar/pers)).</p>	<p>Le nombre d'années sauvées (mères et enfants confondus) a été calculé pour chaque stratégie ainsi que leur coût respectif.</p> <p>Les stratégies 2, 3 et 4 ont été chacune comparées avec la stratégie 1 (stratégie de base).</p> <p>La stratégie 2 s'est avérée plus faible qu'un mélange entre les stratégies 1 et 3.</p> <p>La différence entre les stratégies 3 et 4 résidait dans le prix. En se basant sur la définition de l'OMS concernant le seuil de rentabilité (<math>\leq 3</math> fois le revenu intérieur brut par habitant, soit 3'300 US Dollar en 2008 en Ouganda), la stratégie 3 a été désignée comme ayant le meilleur rapport coût-efficacité.</p>	<p><u>Forces:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reflet de la situation réelle en Afrique de l'Est concernant la prise en charge pour la prévention de transmission verticale du HIV</li> </ul> <p><u>Limites:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incapacité à modéliser parfaitement les complexités de la médecine clinique et à estimer avec précision les probabilités et les coûts.</li> <li>- Dernières mises à jour publiées non prises en compte pour l'étude.</li> <li>- Le dernier test de détection du VIH n'est pas inclus dans l'étude.</li> </ul>

## 6. PRESENTATION DES RESULTATS PAR HYPOTHESES

### **Présence de représentations/expériences de vie négatives par rapport aux réactions de l'entourage lors de l'annonce de la séropositivité au VIH de la femme.**

Afin de déceler les représentations ou les expériences de vie négatives des femmes séropositives, Gourlay et al. (2014) ont utilisé une vignette. Celle-ci parcourt la vie hypothétique d'une femme enceinte, Flora. La vignette développe les difficultés liées à l'annonce de la séropositivité rencontrée par la femme. Par exemple, ils ont reporté des expériences de vie négatives concernant le suivi de son traitement personnel telles qu'être répudiée ou être battue. Ils l'ont illustré, lors d'un entretien :

Vignette : « Elle [Flora] est maintenant de retour à la maison, après avoir découvert sa séropositivité au VIH, que pensez-vous qu'il va se passer après ? »

Interviewée (une mère VIH séronégative) : « Peut-être une querelle avec son mari. Son mari refusera d'aller faire un test ... Je ne le dirai à personne » (Gourlay et al., 2014, traduction libre, p. 6).

Nuwagaba-Biribonwoha et al. (2007) ont reporté que quelques femmes évitaient les consultations de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH dans les cliniques par souci de confidentialité. Les soignants en charge de l'implémentation des services de PTME relevaient la difficulté des femmes à divulguer leur statut à leur partenaire. Cette difficulté était majorée par le manque d'implication des partenaires dans les activités de PTME, ainsi que par les réactions négatives de l'entourage.

Si une femme partage avec son partenaire son statut, celui-ci lui demandera « où l'as-tu eu ? ». Il ne se considérera pas comme responsable de la transmission. Il commencera tout de suite par blâmer sa femme (Nuwagaba-Biribonwoha et al., 2007, traduction libre, p. 271).

Nuwagaba-Biribonwoha et al. (2007) ont également signalé que la dissimulation du statut VIH positif au partenaire créait des complications supplémentaires. Un des exemples donnés était celui de certaines femmes multipares VIH séropositives qui revenaient sans aucun traitement pour le suivi de leurs prochaines grossesses. Les

soignants interviewés craignaient de perdre le suivi de ces femmes qui ne souhaitaient pas que leur statut soit rendu public dans leur communauté.

### **Manque de connaissance sur le VIH et sa transmission au fœtus/nouveau-né.**

L'étude de Kim et al. (2017) a relevé le manque de connaissance des adolescents VIH séropositifs. La majorité de la population étudiée ne comprend pas pourquoi il est nécessaire de prendre une trithérapie. Cette incompréhension a été décrite comme étant une barrière à l'adhérence au traitement (*p-value* = à 0.0035).

De même, une partie du personnel réclamait des comprimés de Névirapine mais, à la fois, ne voulait pas être testé pour le VIH (Nuwagaba-Biribonwoha et al., 2007, traduction libre, p. 271).

Le niveau de scolarité semble être une variable significativement associée à l'adhérence aux activités de PTME (Kinuthia et al., 2011). Les auteurs ont démontré que les femmes enceintes (primipares et multipares) ne voulant pas faire de test sérologique afin de dépister le VIH au cours de leur grossesse, avaient une scolarité inférieure au niveau secondaire comparées aux femmes ayant suivi une scolarité obligatoire complète (*p-value* = à 0.001).

### **Croyances plus fortes dans les traditions/religions (guérisseurs, marabouts) que dans la médecine moderne (dépistage, ARV, trithérapie).**

Dans l'étude de Kinuthia et al. (2011), 58,6% des mères VIH séropositives qui ne prenaient pas de trithérapie ont eu tendance à croire que leur maladie était due à une punition spirituelle à la suite d'un mauvais comportement. Alors que 37.8% des mères interrogées dans l'étude ne l'associaient pas à la spiritualité. Il a également été démontré qu'elles pensaient que les personnes VIH séropositives devraient être honteuses de leur statut plutôt que de l'assumer (*p-value* < à 0.001).

Kim et al. (2017) n'ont significativement pas prouvé que la religion était une barrière à l'adhérence au traitement chez les adolescents VIH séropositifs (*p-value* = à 0.50).

## **L'accès et la prise de la trithérapie sont limités à cause de la stigmatisation des personnes VIH séropositives.**

Il ressort de l'étude de Kinuthia et al. (2011), que malgré le fait que la stigmatisation soit fréquente, elle ne touche qu'une minorité de femmes. De plus, la différence de stigmatisation ressentie entre les femmes testées et celles non-testées n'était pas significative. Les stigmas mesurés dans cette étude se traduisaient au travers de la peur d'acheter de la nourriture aux femmes VIH séropositives (*p-value* égale à 0.310), de croire que le VIH était lié à des mauvais comportements (*p-value* égale à 0.136), de ressentir un sentiment de honte envers elles (*p-value* égale à 0.477) et une exclusion de la communauté (*p-value* égale à 0.929).

Pour rappel, la stigmatisation se définit comme l'action de mettre à l'écart une personne à cause de ses différences qui sont considérées comme hors-norme.

D'après Kim et al. (2017), un des facteurs significatifs influençant l'adhérence ou non à l'ART chez les adolescents était le fait d'avoir été brutalisé parce qu'ils prenaient des médicaments (*p-value* = à 0,03). Se faire brutaliser pour son apparence physique (*p-value* = à 0,35) ou divulguer son statut VIH (*p-value* = à 0,79) n'étaient, par contre, pas des éléments significatifs influençant la prise de médicaments.

Les adolescents rapportaient comme une barrière à l'adhérence au traitement, la peur de la stigmatisation en-dehors de la maison (*p-value* = à 0,0077). La stigmatisation au sein de la maison n'était pas significative (*p-value* = à 0,0918).

Nuwagaba-Biribonwoha et al. (2007) relevaient, dans leur étude qualitative, les réalités du terrain sur différents plans. Tout d'abord, sur celui de la vie sociale entre amis : « *Quand les soins et surveillances commencent, les femmes se sentent isolées, car elles sont changées de service. Elles sont questionnées par leurs amis : « Pourquoi es-tu traitée de manière spéciale ? »* » (Nuwagaba-Biribonwoha et al., 2007, traduction libre, p. 271). Puis ils expliquent ces mêmes réalités sur le plan familial : « *Les africains restent généralement avec leur belle-famille. Si une mère choisit de ne pas allaiter, la belle-mère demandera « pourquoi n'allaites-tu pas ? » Si vous dites à la mère de faire bouillir le lait maternel, la communauté la traitera de sorcière »* » (Nuwagaba-Biribonwoha et al., 2007, traduction libre, p. 271).

## **Difficultés d'accès aux hôpitaux/dispensaires**

Dans l'étude de Gourlay et al. (2014), la distance, entre le domicile et le centre de soins, est décrite comme étant une des barrières à l'adoption d'un service de PTME:

Interviewer : « *Quels défis pensez-vous que Flora devra relever ?* »

Interviewé : « *Les plus grands défis surviendront quand elle devra accoucher. Quelques fois les centres de soins sont très éloignés de la maison...* » (Gourlay et al., 2014, traduction libre, p. 7).

Selon l'étude faite par Kinuthia et al. (2011), les femmes qui ne s'étaient pas présentées dans un centre de soins représentaient seulement 27% des femmes non testées pour le VIH. Les raisons différaient, mais la distance en était responsable à 19.6% et le coût du trajet en était responsable à 16,1%. Les auteurs décrivaient également que 23.1% des femmes qui n'ont pas accouché dans un centre de soins, ne l'ont pas fait à cause de la distance à parcourir la nuit.

Le non recours aux dispensaires pour des raisons de distances géographiques n'a pas été retrouvé dans l'étude de Kim et al. (2017). En effet, la localisation de la maison en milieu rural ou urbain n'était pas un facteur significatif ( $p\text{-value} = \grave{a} 0.09$ ). Il en était de même pour le temps nécessaire pour se rendre à la clinique. Il n'y avait pas de différence significative entre un trajet de 0 ou de 60 minutes ( $p\text{-value} = \grave{a} 0.99$ ).

Les auteurs rapportaient également que l'adhérence au traitement était significativement influencée par une barrière telle que les problèmes de transport ( $p\text{-value} = \grave{a} 0,0184$ ). Les problèmes de transport concernaient leur logistique, soit la disponibilité irrégulière de ceux-ci, leurs coûts ou encore l'état des routes.

Cependant, aucun lien direct entre ces deux causes et la distance parcourue n'a été décrit.

## **Mauvaise répartition des ressources financières**

Le taux de mères testées serait significativement lié à leur situation financière. Cette dernière a été évaluée selon trois critères. Le premier étant le revenu mensuel moyen de 22.6 US Dollars ( $p\text{-value} \leq \grave{a} 0,001$ ), le deuxième est la possession d'une télévision ( $p\text{-value} \leq \grave{a} 0,001$ ) et le troisième critère est le fait de posséder une

cuisinière à gaz ( $p$ -value = à 0,009). Les critères décrits différaient donc significativement (Kinuthia et al., 2011).

Les auteurs décrivaient également que 17.3% des femmes qui n'ont pas accouché dans un centre de soins, ont accouché chez elles en raison des coûts que cela aurait engendrés.

L'étude de Kim et al. (2017), qui s'intéressait aux adolescents, reportait que le revenu mensuel familial n'était pas un facteur à l'adhésion au traitement. La différence entre un revenu inférieur à 17,4 US Dollars par mois et un revenu supérieur à 70,08 US Dollars par mois n'était pas significative ( $p$ -value = à 0,53).

En revanche, les adolescents décrivaient le fait de ne pas pouvoir se procurer assez de nourriture comme étant une barrière à l'adhésion au traitement. Cet élément était significatif ( $p$ -value = à 0,0022).

La mauvaise répartition des ressources financières touchait aussi directement les centres de soins. Concernant l'absence de test sur les femmes venues consulter, les raisons les plus communément citées dans l'étude de Kinuthia et al. (2011) étaient l'indisponibilité des kits de test rapide, l'indisponibilité du service ou l'incapacité des soignants à exécuter le test. Cela concernait 43,5% de la totalité des participantes.

Afin de gérer au mieux les ressources financières, plusieurs stratégies de dépistage ont été étudiées dans l'étude de Kim et al. (2013). Les auteurs ont développé comme suit la stratégie de prévention de transmission verticale du VIH ayant le meilleur rapport coût-efficacité. La stratégie de prévention regroupait un test rapide des anticorps VIH à la première consultation prénatale et un test rapide des anticorps VIH au moment de l'accouchement. Celle-ci coûterait 10'267 US Dollars par année de vie sauvée.

Par ailleurs, une autre stratégie aurait été choisie aux États-Unis. Il s'agirait de rajouter la détection d'un VIH aigu, grâce à un test sur l'ARN du VIH, à la stratégie précédemment décrite.

Le seuil toléré de dépenses pour la médication est estimé inférieur à trois fois le revenu mensuel moyen. En tenant compte de la réalité du terrain, soit un revenu annuel moyen par personne de 3'300 US Dollars, cette dernière stratégie ne peut pas être mise en place dans cette région du monde.

## 7. DISCUSSION

Nous avons cherché à savoir quels facteurs freinaient la diminution de la TME en Afrique de l'Est, malgré les programmes de prévention en place. Dans notre revue de littérature, la stigmatisation, la religion et les fausses croyances, la distance jusqu'aux centres et la mauvaise répartition des ressources financières sont des facteurs controversés. Les auteurs n'ont pas pu démontrer clairement leur implication dans les services de PTME.

Par contre, deux autres facteurs expliqueraient les taux élevés de TME durant l'accouchement et la période du post-partum, en Afrique de l'Est. Il s'agirait du manque de connaissance sur le virus et sa transmission, ainsi que de la présence d'une désocialisation par rapport aux réactions de l'entourage.

### Manque de connaissance, fausses croyances et spiritualité :

Les articles de référence retenus ne concluent pas sur des résultats significatifs au sujet des fausses croyances au regard du VIH et de sa transmission. Par contre, le manque de connaissance de nombreuses femmes à ce sujet est, lui, avéré. Il pourrait engendrer directement et/ou indirectement de fausses croyances.

Paoli et al. (2004) développaient cette idée en Tanzanie, pays qui a instauré des services de PTME dans ses soins anténataux dès l'année 2000 (Falnes et al., 2010). Les auteurs ont montré que beaucoup de femmes croyaient que le VIH pouvait être transmis en embrassant (66,1%), en respirant (37,3%) ou même en portant les mêmes vêtements (40,7%) et en partageant les mêmes couverts (28,2%) qu'une personne VIH séropositive.

Mushi, Mpembeni & Jahn (2007) relevaient également dans leur étude (Tanzanie), que seulement 17,8 % des élèves questionnés savaient que le VIH pouvait être transmis durant l'accouchement ou durant l'allaitement maternel. De plus, les moyens de prévenir cette transmission verticale étaient presque inconnus de la majorité des élèves.

Les traditions et les mœurs inscrites depuis des millénaires sont au premier plan dans l'éducation et la vie quotidienne. Moshabela et al. (2017) et Wanyama et al. (2017) décrivaient qu'en Afrique de l'Est et du Sud, le soigneur du village, avec ses connaissances profondes de la culture locale, avait un impact fort sur la

communauté. Elle se dirigeait instinctivement vers lui en cas de difficultés. Wanyama et al. (2017) estimaient que 80 à 85% des personnes vivant avec le VIH en Afrique de l'Est consultaient en premier lieu un soigneur, avant de se tourner vers des soins médicaux. Van Niekerk (2012) reportait que les « guérisseurs » étaient les premiers à être appelés à l'aide quand une maladie survenait. Les communautés africaines croient en leur capacité à guérir ou à soulager. Qu'il s'agisse du VIH ou d'autres maladies, ils sont les personnes de première instance.

Cependant, l'impact de ces consultations traditionnelles sur les issues de santé des femmes (adhérence au traitement, etc.) n'avait pas été démontré (Wanyama et al., 2017). De même, les résultats relevés dans les articles de référence n'étaient pas significatifs.

Aussi, selon Wanyama et al. (2017), la religion n'interviendrait pas comme une barrière dans l'adhérence au dépistage de masse du VIH et au traitement de celui-ci. Malgré tout, il y a notion que le VIH serait une « punition spirituelle » à la suite de mauvais comportements. Pantelic et al. (2016) reportaient que lors de différentes interviews, les participants ont mentionné que les membres de la communauté croyaient que les personnes VIH séropositives avaient été punies par Dieu ou par des ancêtres à la suite d'un mauvais comportement. Un participant en donnait un exemple : « *Si je ne vais pas à l'école, ils diront que je suis mauvais et que j'ai le VIH. Ils diront que je le mérite parce que je suis pauvre* » (traduction libre, p. 213). Muoghalu & Jegede (2013) les rejoignaient avec des résultats qui ont montré que la majeure partie des personnes interrogées considérait le VIH comme une maladie qui affecte les personnes immorales ou alors comme une punition divine.

Les deux auteurs en ont conclu que ces différentes visions négatives face au VIH étaient également dues à un niveau de connaissance faible (Muoghalu & Jegede, 2013, traduction libre, p. 42).

#### Désocialisation et stigmatisation :

L'une de nos hypothèses de base soupçonnait une réaction négative du partenaire, telle qu'une exclusion de la communauté, une absence d'aide financière et morale ou encore des violences physiques ou psychiques. Or, selon l'ensemble des articles de référence, il semblerait que celui-ci ne s'implique pas dans le suivi de la grossesse. Ainsi, il s'agirait principalement d'ignorance.



Le système familial africain, en particulier dans les sociétés patriarcales, voit le mari en tant que principal fournisseur des ressources pendant la grossesse et l'accouchement (Bougangue & Ling, 2017, traduction libre, p. 2). Bougangue & Ling (2017) relevaient que la plupart des hommes ghanéens exprimaient une vision où les hommes et les femmes ont des rôles différents (traduction libre, p. 4). La grossesse et l'accouchement sont perçus par cette société comme faisant partie du domaine féminin, de la responsabilité des femmes. Lowe (2017) reportait, dans son étude qualitative, les dires d'un homme gambien, vivant dans un village rural :

*Je pense que les femmes enceintes devraient être accompagnées dans les établissements de santé par leurs concitoyennes, en particulier pendant l'accouchement. Il est préférable de laisser cela aux femmes, car la grossesse et l'accouchement ne sont pas de la responsabilité des maris* (traduction libre, p. 3).

Antelman et al. (2001) et Kilewo et al. (2001) s'entendaient sur le fait que, pour les femmes VIH séropositives, en Afrique subsaharienne, la principale raison de ne pas révéler leur séropositivité était la peur du stigma et du divorce. Paoli et al. (2004) relevaient un même genre d'expérience négative. Une femme africaine disait :

*Si je demandais à mon mari d'utiliser un préservatif, il me demanderait d'abord qui est-ce qui m'a parlé des préservatifs, puis il les jetterait. Il pourrait même me dire de rentrer chez mes parents et de leur montrer le préservatif que je lui ai demandé d'utiliser. Je peux aussi être sûre que le lendemain, il ne me laisserait pas d'argent pour acheter de la nourriture. Dans un mariage, il n'est pas facile de prévenir le VIH en utilisant des préservatifs* (Paoli et al., 2004, traduction libre, p. 419).

L'autre versant de cette même hypothèse cherchait à comprendre les représentations négatives de l'entourage face à l'annonce de la séropositivité d'une femme enceinte.

Les recherches démontraient que le partenaire n'acceptait, en général, aucune responsabilité lors d'une séroconversion VIH. Les mœurs tendraient à dire que s'il y a séroconversion, la femme aurait forcément trompé son partenaire et devrait donc être punie. Cette attitude stigmatisante augmente les préjugés tout en marginalisant et excluant cette population. La stigmatisation conduit au déni, soit le refus de reconnaître un fait établi. Cela empêche alors le dépistage ou même de demander conseil ou soutien (Uganda AIDS Indicator Survey, 2011, traduction libre, p. 61).

Une autre de nos hypothèses était d'envisager la stigmatisation comme limite à l'accès et à la prise de la trithérapie pour les femmes VIH séropositives. La stigmatisation existe bien et interfère avec l'accès et l'adhérence à une trithérapie, bien qu'à un niveau faible.

Dans l'étude de Nuwagaba-Biribonwoha et al. (2007), la différence de prise en charge des femmes au sein d'un centre de santé a été relevée. Il était difficile, voire impossible pour les femmes de cacher leur statut HIV lors d'une hospitalisation, car leur prise en charge était différente. Les femmes se sentaient donc stigmatisées.

Plus que le fait d'être connues comme ayant le VIH, la jalousie des autres femmes portait préjudice à l'adhérence au traitement en formant une sorte de stigma supplémentaire. La mauvaise compréhension de la prise en charge en était l'une des causes. Par exemple : « *Pourquoi reçoit-elle (VIH positif) plus de médicaments que moi (VIH négatif) ?* » Alors que le fait d'obtenir plus de traitements qu'une autre femme ne signifiait pas forcément être privilégiée.

Une participante de la recherche qualitative de Dako-Gyeke et al. (2015) au Ghana, en Afrique de l'Ouest, déclarait :

*Personnellement, je ne savais pas au début que les patients avec des dossiers particuliers avaient une infection par le VIH ou le SIDA, mais beaucoup de gens savent maintenant que nos dossiers sont plus grands que ceux des autres patients... J'ai également été informée que les patients atteints du VIH et du SIDA sont ceux qui se rendent à l'hôpital le mercredi... Les médecins doivent changer nos dossiers et le jour où nous visitons l'hôpital, car ils créent beaucoup de stigmatisation et de discrimination (Dako-Gyeke et al., 2015, traduction libre, p. 278).*

Dans cette étude, la peur d'être stigmatisée et que son statut séropositif soit divulgué prenait le dessus sur « l'injustice » d'un traitement différent entre deux personnes.

Un autre participant de l'étude déclarait à son tour :

*Le papier vert dans le dossier et la grande taille du dossier permettent aux gens de détecter facilement que nous avons le VIH... Pourquoi nos dossiers devraient-ils être différents des autres personnes qui visitent l'hôpital ? Peut-être que les gens qui travaillent à l'hôpital ne voient rien de mal à cela, mais pour nous, c'est un problème parce que parfois nous prenons le dossier à la pharmacie pour nos*

*médicaments et nous n'obtenons pas les choses facilement là-bas...* (Dako-Gyeke et al., 2015, traduction libre, p. 278).

La stigmatisation au sein des centres de soins est donc présente et facilement détectable par les différents patients s'y rendant.

#### Distance et accès limités :

Le manque d'accès aux hôpitaux et dispensaires nous semblait établir une réelle contrainte au dépistage, tout comme à la prise en charge des femmes enceintes VIH séropositives.

Wong et al. (2017) estimaient dans leur étude que la distance moyenne en Afrique sub-saharienne, séparant les futures mères des centres de soins pouvant les prendre en charge durant la grossesse et l'accouchement, était de 15 kilomètres, soit environ 108 minutes de marche.

Or, les auteurs soulignaient que cela ne correspondait pas aux recommandations de l'OMS. Elles préconisent moins d'une heure de trajet entre le domicile et le centre de soins pour les femmes enceintes. De leur côté, Wild et al. (2012) considéraient qu'une femme enceinte dans son troisième trimestre ne pouvait pas marcher plus de 5 km.

Dans l'article de référence de Kim et al. (2017) tout comme dans l'étude de Nyathi et al. (2017), la distance même n'était pas considérée comme facteur influençant l'adhérence au traitement. Cependant, d'autres variables directement liées à la distance comme la sécurité, les moyens de transports ou les coûts l'ont été.

Ces variables interviennent clairement dans le suivi de la grossesse et du post-partum, au niveau de l'adhérence et de la prise d'une trithérapie. La distance peut être donc vue comme une entité se composant de plusieurs paramètres (temporalité, coûts, disponibilité des transports, insécurité des routes, météo de la journée, etc.) qu'il faut envisager. Tous ont un impact sur la prise de décisions de prendre la route, à chaque fois dans un contexte précis.

Selon Kinuthia et al. (2011) les femmes ne se rendaient pas dans un centre pour accoucher, principalement en raison de la distance et d'un travail qui débutait la nuit. L'insécurité rencontrée sur les routes pendant la nuit associée à l'indisponibilité des

transports en commun empêchaient les femmes de se rendre dans un centre de santé.

Ces deux facteurs étaient très fortement liés à la distance séparant le domicile du centre de soins. Dès lors, nous pouvons penser que la distance joue un rôle majeur dans les conditions d'accouchement des femmes, tout comme dans le choix du suivi de grossesse dans un centre prenant en charge la PTME.

#### Ressources limitées :

Kinuthia et al. (2011) décrivaient que les deux raisons principales du manque de test de dépistage pour les femmes étaient l'indisponibilité des kits de test et l'incapacité du personnel soignant à les utiliser.

Gourlay et al. (2013) ont également relevé que la pénurie de personnel de la santé formé constituait un obstacle au service de PTME.

#### Rôle des Instances Internationales :

Au niveau mondial, le financement de tels programmes de prévention est un problème actuel majeur. Il y a eu un engagement politique et financier énorme de la part des grandes puissances mondiale. Il s'est traduit par l'intensification des programmes de prévention dans les pays les plus touchés. Les États-Unis, actuellement au rang de 2<sup>ème</sup> puissance mondiale, ont un impact certain dans nombres de financements. En 2016, ils ont fourni 607 millions de Dollars pour l'implantation de programmes de prévention en santé reproductive. L'arrivée au pouvoir du Président D. Trump a bouleversé cet équilibre. En effet, il a interdit le financement d'ONG internationales soutenant l'avortement. De nombreuses cliniques devront fermer leurs portes. Ainsi, l'accès aux centres de soins ayant un service de PTME sera d'autant plus complexe (Le Monde, 2017).

Selon la Conférence internationale sur le SIDA (2017), pour la première fois, plus de la moitié des personnes vivant avec le VIH ont accès à un traitement antirétroviral, bien que 30% de ces personnes ignorent encore leur séropositivité.

L'UNAIDS (2018) avait proposé l'objectif 90-90-90 pour l'horizon 2020. Il s'agit de permettre à 90% des personnes infectées de connaître leur statut sérologique. 90% d'entre elles devront avoir accès et recevoir un traitement antirétroviral durable afin que 90% de cette population ait une charge virale indétectable.

De plus, elle souligne le défi que représente le dépistage et le diagnostic des nourrissons et nouveau-nés (<18mois), car le dépistage sérologique seul ne suffit pas. Il est donc nécessaire de revoir ces enfants à 6 semaines post-partum, ce qui peut s'avérer délicat par rapport aux facteurs discutés dans ce travail notamment.

S'il est déjà délicat de revoir les bébés après 6 semaines post-partum, on peut facilement s'imaginer que le suivi sur la période à risque de transmission, soit toute la période de l'allaitement, s'avère très compliqué (UNICEF, 2010).

En effet, si les recommandations de l'OMS sont nombreuses sur les différents aspects de la grossesse et de l'accouchement, aucune ne semble exister concernant le suivi après 6 semaines de vie du nourrisson.

Le suivi lors de l'allaitement est important pour diminuer le taux de TME et ainsi réduire le nombre de nouvelles infections. Lors d'un suivi de PTME, l'objectif est d'éviter que l'enfant soit infecté par le virus. Or, il ne fait pas l'objet de surveillance particulière après 6 semaines de vie, alors que nous savons que le taux de TME durant l'allaitement augmente avec sa durée (OMS, 2005). De plus, la durée moyenne de celui-ci en Afrique est de 16 à 28 mois selon les pays (Dop, 2002). Il n'est pas dans les mœurs de se rendre à l'hôpital pour continuer la prévention de la TME lorsque le binôme maman-bébé se porte bien pendant la période post-partum.

L'OMS (2018) reste cependant positif quant à la diminution de la TME, car 76% des femmes enceintes vivant avec le VIH reçoit un traitement antirétroviral efficace. L'UNICEF (2017), relève, qu'en Afrique de l'Est et australe, 88% des femmes enceintes VIH séropositives ont accès à un traitement antirétroviral efficace.

Cependant, la lutte contre le VIH est toujours d'actualité et doit encore relever des défis afin d'améliorer la santé publique et d'améliorer les conditions de vie des 36,7 millions de personnes vivant avec le VIH (OMS, 2018).

Pour ce faire, les stratégies mises en place doivent évoluer avec le temps. Au début des campagnes de prévention, on optait facilement pour une approche opt-in, soit du conseil et dépistage volontaire (CDV). La tendance actuelle est plutôt l'opt-out, où l'on propose un dépistage systématiquement à toutes patientes se présentant. Si elle refuse, le dépistage ne sera pas fait. La proposition de testing systématique en anténatal est également une option actuelle de prise en charge hospitalière (N. Staderini (communication personnelle, 6 juillet 2018).

### Forces et faiblesses de la revue de littérature :

L'approche holistique de la question de recherche par hypothèses permet une vision globale du sujet. De plus, l'apport complémentaire entre recherches qualitatives et quantitatives harmonise le panel de résultats.

Les cinq études analysées parcourent quatre des pays de l'Afrique orientale. Cette diversité permet une vision variée de l'état actuel des choses en Afrique de l'Est. En revanche, une limite envisagée peut être la représentativité de certains pays sélectionnés dans les études de référence (Kenya, Ouganda et Malawi). Ils ont globalement de meilleurs résultats que d'autres pays, notamment francophones.

Le nombre d'articles disponibles démontrent également l'intérêt présent face à cette problématique. Ainsi, des outils peuvent être proposés pour la pratique sage-femme afin d'agir sur les représentations et fausses croyances au sujet du VIH et de la TME en Afrique de l'Est.

Par contre, une des limites retenues est que notre revue de littérature ne se base que sur cinq articles. Elle ne permet donc pas une vision exhaustive du sujet. Les hypothèses développées ont seulement été vérifiées pour l'Afrique de l'Est. Ainsi, les résultats et conclusions sont à prendre avec précaution.

## 8. RETOUR DANS LA PRATIQUE

Les programmes PTME proposent des services tels que la mise à disposition des médicaments antirétroviraux, des conseils et explications au sujet de la TME ainsi qu'un soutien psychologique (UNICEF, 2017).

Pour rappel, l'Option B+, mise en place par l'OMS, est un programme de prévention de la TME du VIH qui a démontré son efficacité lors de la grossesse et de l'accouchement. Celui-ci consiste à fournir à la mère et à l'enfant un traitement antirétroviral tout au long de leur vie et à diminuer la TME du VIH par la prévention et la diminution de la charge virale chez la mère. Ainsi, on observe une réduction de 60% du taux de TME entre 2011 et 2015 (AVERT, 2018).

Afin de lier les résultats de cette revue de littérature à la réalité du terrain, nous avons soumis un questionnaire à 4 employés du BCH (Bwindi Community Hospital, lieu de stage en Ouganda) travaillant avec des femmes enceintes VIH séropositives (annexe 2).

Ces professionnels de la santé ougandais (médecins et sages-femmes) exécutent régulièrement des soins permettant de promouvoir les programmes PTME. Le dépistage de routine, la prescription d'antirétroviraux prophylactiques, le début immédiat de traitement pour les nouveau-nés exposés au VIH à l'accouchement, la proposition d'utiliser des préservatifs pour les couples discordants ou encore la prévention dans les villages alentours ou dans les écoles sont des actions concrètes mises en place au sein du BCH. Selon eux, de nouvelles actions permettraient de diminuer d'autant plus le taux de TME du VIH en Ouganda. Il s'agirait de tester les femmes, mais aussi leurs partenaires. Un traitement adapté aux femmes et nouveau-nés qui en ont besoin et dispenser une prévention primaire (accès à l'information et à l'éducation) concernant le VIH, aux femmes en âge de procréer, seraient des solutions intéressantes.

Ces affirmations confirment l'une de nos hypothèses. L'une des clés pour implémenter un programme efficace est d'améliorer l'accès au traitement, autant par la facilitation des transports que par la disponibilité des traitements et du matériel.

Les affirmations récoltées tendent également vers l'idée que la stigmatisation est en train de diminuer, contrairement à ce que l'on soupçonnait à la base, puisque les

partenaires sont de plus en plus concernés par le sujet et impliqués dans la démarche, car ils sont également testés. Selon Farquhar et al. (2012), une consultation anténatale de conseils et dépistage du VIH avec la femme enceinte et son partenaire augmente l'adhérence au traitement antirétroviral. Cette méthode serait donc, d'après les auteurs, une stratégie efficace à évaluer pour améliorer les services PTME.

Par la suite, les participants ont décrit différentes croyances rencontrées auprès de la population cible concernant le VIH. On retrouve notamment la notion de punition divine. Une notion présente également dans l'une de nos hypothèses. Certains pasteurs ou leaders spirituels prétendent pouvoir guérir ce mal par la prière et encouragent leurs fidèles à abandonner leur traitement médicamenteux. Des soigneurs traditionnels travaillant avec des plantes affirment même posséder un traitement qui guérit totalement du VIH.

D'autres fausses croyances sont liées au moyen de transmission du virus. En effet, certains pensent que s'ils boivent de l'alcool, ils ne contracteront pas le virus. Alors qu'au contraire, d'autres sont persuadés que le VIH se transmet par simple contact physique ou encore par les piqûres de moustiques.

Cela confirme l'hypothèse de ce travail selon laquelle le manque de connaissances est important et qu'il s'agit d'une des clés permettant la diminution, non seulement de la TME, mais également de la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH.

D'un point de vue géopolitique et économique, tous les participants attestent recevoir des fonds de l'État ainsi que des fonds privés afin de pouvoir proposer des soins adéquats. Ils relèvent que l'État subventionne également la plupart des centres de soins et la formation en Ouganda. Cependant, les résultats de notre revue de littérature décrivent que les deux raisons principales du manque de test de dépistage sur les femmes sont l'indisponibilité des kits de test et l'incapacité du personnel soignant à les utiliser. Ainsi, la pénurie de personnel de la santé constitue un obstacle au service de PTME. Nous pouvons donc penser que des actions de promotion et prévention du VIH durant les formations pourraient être mises en place, afin que le personnel soit qualifié et rendu attentif à cet aspect de la maternité. Quant à la disponibilité des kits de test, il serait judicieux de s'intéresser aux partages des



ressources financières au sein de chaque établissement et de comprendre la politique de soins et la source des subventions. Il s'agirait donc plutôt de politique.

Enfin, nous pensons que l'accent devrait être mis sur la nécessité d'un suivi postnatal. L'absence de celui-ci à court et long terme et de ce fait, le risque augmenté de TME durant l'allaitement, ne sont pas pris en compte. En Afrique de l'Est, on retrouve 50% des cas de primo infection chez les enfants entre 0 et 14 ans (UNICEF, 2017).

Aucun participant au questionnaire ne parle de cette problématique. De même, l'OMS (2016) préconise 8 contacts prénataux pour que la grossesse soit une expérience positive, mais elle ne décrit pas un nombre de rencontres nécessaires après 6 semaines de vie, notamment en cas de risque de TME du VIH. Elle met l'accent sur les premières heures de vie des nouveau-nés. En rappelant qu'ils ne doivent pas être renvoyés chez eux dans les premières 24 heures (OMS, 2018). L'UNICEF soulignait déjà en 2010 le défi que représentait le dépistage et le diagnostic des nourrissons et du nouveau-né (moins de 18 mois). Le dépistage sérologique seul ne suffit pas. Il est nécessaire de revoir ces enfants au moins à 6 semaines post-partum, ce qui peut s'avérer délicat par rapport aux facteurs discutés.

Nous avons choisi d'utiliser une vignette pour illustrer le nouveau questionnement amené à la suite des résultats décrits dans notre revue de littérature. Ainsi, nous aimerions permettre aux personnes qui la consultent d'être sensibilisées au sujet de la transmission verticale du VIH. Parmi les cinq articles de références choisis, Gourlay et al. (2014) utilisaient les vignettes dans le but de laisser aux participants la place de s'exprimer par rapport au VIH, notamment en leur permettant de verbaliser des représentations et leurs expériences de vie. Cet outil de transmission nous a paru d'autant plus efficace de par son côté participatif et visuel. Les personnes analphabètes représentaient 29% de la population en Afrique de l'Est, en 2015 (IndexMundi, 2018). Ainsi, ce genre d'outils de transmission serait adapté à cette population.

Gourlay et al. (2014) nous confirment que ce procédé a un impact sur le terrain. Ils attestent également de l'efficacité de la méthode pour aller au-delà des freins rencontrés face aux activités du PTME dans les milieux ruraux africains.

De plus, selon Taylor (2006), le fait d'utiliser des vignettes permet de réduire les pressions que pourraient rencontrer les personnes face à une situation réelle ou une discussion de groupe. Ainsi, elles permettraient de fournir des résultats valables sur les décisions que prendrait la personne en situation réelle, par rapport au sujet traité par la vignette. Ndengyingoma, Montigny & Miron (2013) rajoutent que l'utilisation de ce genre de procédé permettrait également de contourner la méfiance, en établissant une distance émotionnelle entre le participant et la situation abordée. Ainsi, un dialogue peut se former en évitant la stigmatisation.

Nous nous sommes donc basées sur les issues développées dans notre revue de littérature afin d'élaborer le fil rouge de l'histoire que nous souhaitons proposer. Nous avons élaboré une vignette (annexe 3) en relation avec les résultats relevés.

La vignette réalisée se présente sous forme de petit récit. Elle illustre, au travers d'un dessin, le parcours d'une femme pouvant être facilement identifiable par des jeunes africain(e)s adolescent(e)s et/ou adultes et applicable dans la réalité. Le but même de cette vignette est de faire réfléchir les participants autour d'une situation concrète en amenant des éléments nouveaux d'éducation et de ressources (entourages, professionnels de la santé, etc.). Elle aurait un intérêt certain dans les écoles et/ou lors d'actions préventives contre le VIH dans les centres de soins, dispensaires et villages.

La vignette démontre la différence de culture rencontrée en Ouganda. Le récit reflète une situation réelle de la vie que nous avons pu constater en séjournant 9 semaines sur place. Cette expérience nous a permis de réaliser l'importance d'adapter chaque action préventive afin qu'elle soit accessible pour les autochtones selon leurs propres représentations.

L'interprétation du visuel de notre vignette pourrait être différente selon les personnes. Dans le but d'avoir un retour à ce sujet, nous allons la soumettre à des patientes en Ouganda, en collaboration avec des soignants de notre ancien lieu de stage. Ainsi, nous pourrions retravailler, au besoin, le visuel et l'histoire de la vignette en l'adaptant au mieux à la culture des habitants pour qu'elle soit réellement applicable au terrain.

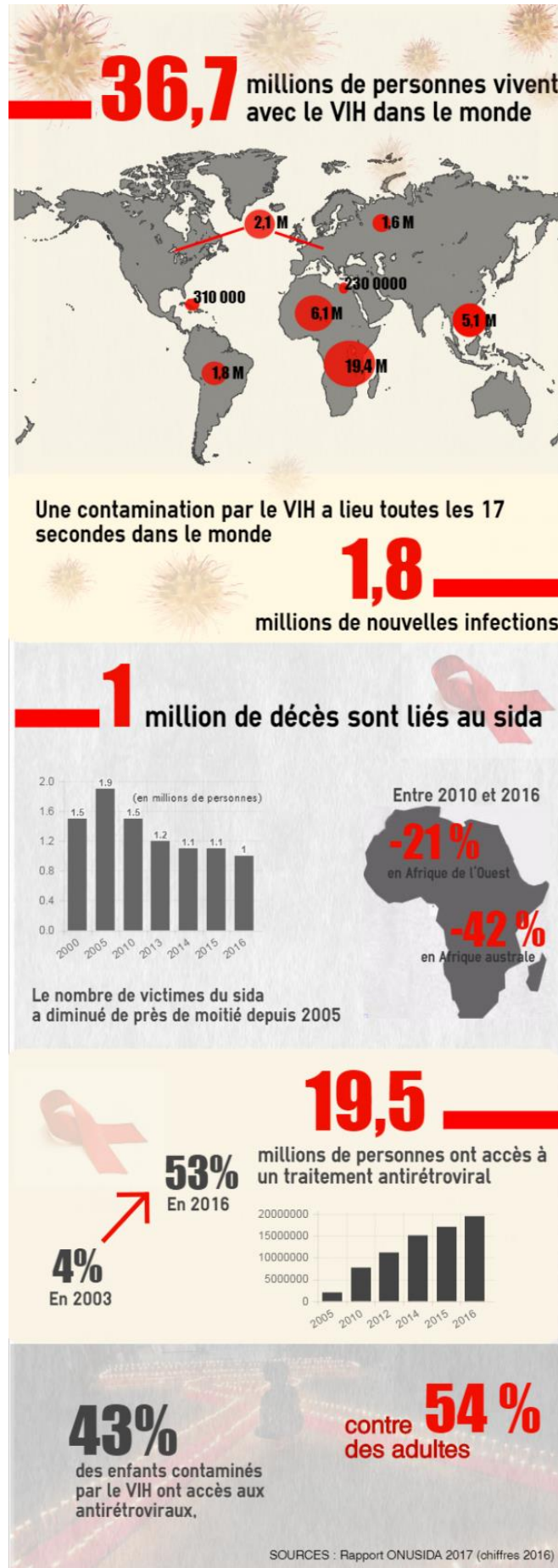
## 9. CONCLUSION

Aujourd'hui, les différentes organisations mondiales recommandent le même protocole de soins pour la PTME, soit l'Option B+. Celui-ci est applicable dans les centres de soins. Ainsi, des progrès énormes ont été réalisés en matière de prévention de la TME du VIH. Malgré tout, le taux de TME demeure élevé en Afrique de l'Est.

Nous avons cherché à déterminer quels facteurs influençaient l'adhérence et l'accès aux traitements antirétroviraux et ainsi mieux comprendre cette irrégularité. Les résultats de la présente revue de littérature sont toutefois à prendre avec précautions. En effet, le choix de seulement cinq articles ne peut refléter entièrement une vision exhaustive du sujet. Cela permet toutefois de confirmer ou infirmer nos hypothèses. Les études choisies ont été réalisées dans différents pays de l'Afrique orientale et ainsi offre une vision variée de l'état actuel en Afrique de l'Est. Les résultats reportés dépeignent la stigmatisation et la spiritualité comme n'influençant pas l'adhérence au traitement. Malgré tout, les femmes reportent avoir vécu des expériences de vie négatives lors de l'annonce de leur séropositivité à leur partenaire ou entourage. Dans un autre contexte, la distance du domicile au centre de soins n'a pas été décrite comme un facteur influençant. En revanche, différents aspects liés à celle-ci le sont clairement. Il s'agit de la sécurité des routes, de la disponibilité des transports publics ou encore de leurs coûts. Enfin, la mauvaise répartition des ressources financières est décrite comme un facteur déterminant l'adhérence au centre de soins (dépistage, traitement).

Nous pensons que, dorénavant, l'accent devrait être mis sur la nécessité d'un suivi postnatal. Le risque de transmission du VIH par l'allaitement maternel est un fait établi. Malgré tout, le suivi post-partum reste superficiel dans cette région du monde. L'Option B+ prévoit un contrôle à 6 semaines de vie du nourrisson comprenant un test de dépistage du VIH. Mais, aucune consultation commune (maman-bébé) n'est recommandée après ce délai. Avec la vignette élaborée dans ce travail, nous aimerions sensibiliser le personnel soignant à cette problématique. Ainsi, les femmes pourraient être informées et les enfants mieux suivis durant la période d'allaitement. Il serait, malgré tout, intéressant de mener une étude sur les programmes de prévention actuels de la période post-partum, de leur fonctionnement et de leur efficacité.

## ANNEXE 1 : Le SIDA dans le monde : chiffre clés 2016



## ANNEXE 2 : Questionnaires BCH

Participation of Bachelor Thesis of midwife students in Geneva, Switzerland

Name and Surname: \_\_\_\_\_  
Work as: Registered Midwife  
Professional experiences since 15 years  
Signature: \_\_\_\_\_

1. What would you do concretely to decrease the rate of HIV vertical transmission in Uganda?

Ensuring there is good EMTCT services across the country.

2. Do you receive grant from the State or private Organizations for PMTCT service?

Yes

Is it also the case for most of health centers in the country?

Yes

3. Which tips/actions do you use for your daily practice to promote the PMTCT program for women? - providing

Created daily services  
Formed patient groups  
Formed Baby Mother pairs to ensure all are reviewed.  
Testing every Mother / pregnant mother in ANC / and labour.

4. Which modifications did you observe after PMTCT implantation for treatment adhesion and decrease rate of vertical transmission (please join statistics if you have)?

5. Do you face some beliefs (personal, cultural or spiritual) about HIV?

Yes  
If you do, please describe them.  
Many people believe that HIV is with craft  
Some believe that HIV is curse from God.  
Others believe that when you take alcohol you don't contract HIV

Thank you very much for your help,  
Bests regards,  
Claire Dorsaz and Mathilde Héritier

Participation of Bachelor Thesis of midwife students in Geneva, Switzerland

Name and Surname: \_\_\_\_\_  
Work as: Obstetrician (M.D.)  
Professional experiences since 2009 years  
Signature: Mathilde

1. What would you do concretely to decrease the rate of HIV vertical transmission in Uganda?  
Test all couples for HIV During pregnancy and Initiate all the HIV positive on treatment.

2. Do you receive grant from the State or private Organizations for PMTCT service?  
Yes - We receive from private and State

Is it also the case for most of health centers in the country?  
Yes HIV care is not a service that people pay for. It is subsidized by grants

3. Which tips/actions do you use for your daily practice to promote the PMTCT program for women?  
- Routine Counseling and testing of all - mothers coming for ANC.  
- Couple testing for HIV  
- Initiation of treatment for mothers who test positive.  
- Use of Condoms for Discardant Couples  
- Pre-Exposure prophylaxis in Discardant Couples  
- Initiation of Treatment for Exposed new born  
- Skilled attendance at birth.

4. Which modifications did you observe after PMTCT implantation for treatment adhesion and decrease rate of vertical transmission (please join statistics if you have)?  
- Vertical transmission rates have significantly reduced.  
- Facility reports show that for the past five years we have not heard transmission rates above 3%.

5. Do you face some beliefs (personal, cultural or spiritual) about HIV?  
- There is spiritual confusion, where some spiritual leaders claim to cure HIV.  
If you do, please describe them.  
- Spiritual leaders confusing HIV positive patients that prayer can heal them.  
- Some herbalists claim to have treatment similar to ARVs.  
- Competing with advertising power of Complementary medicine and food Supplement Companies.

Thank you very much for your help,  
Bests regards,  
Claire Dorsaz and Mathilde Héritier

Participation of Bachelor Thesis of midwife students in Geneva, Switzerland

Name and Surname: \_\_\_\_\_  
Work as: COUNSELOR HIV  
Professional experiences since 5 years  
Signature: [Signature]

1. What would you do concretely to decrease the rate of HIV vertical transmission in Uganda?

1. One primary prevention of HIV infection among women of reproductive age.
  2. Preventing unintended pregnancies among women living with HIV.
  3. ~~Providing~~ appropriate treatment, care and support to mothers living with HIV.
2. Do you receive grant from the State or private Organizations for PMTCT service?

-yes

Is it also the case for most of health centers in the country?

yes

3. Which tips/actions do you use for your daily practice to promote the PMTCT program for women?

MTCI can occur during pregnancy, birth or through breast feeding. We do counseling and testing, we give a package of evidence-based interventions including ARV prophylaxis and treatments, combined with elective caesarean section and feeding patterns in infants as important determinants of MTCI.

4. Which modifications did you observe after PMTCT implantation for treatment adhesion and decrease rate of vertical transmission (please join statistics if you have)?

There has been a reduction in positivity rates in HIV exposed babies at the facility to 0%

5. Do you face some beliefs (personal, cultural or spiritual) about HIV?

-yes

If you do, please describe them.

some beliefs that HIV is a curse from God traditional surgical practices to be performed on groups.

Thank you very much for your help,  
Bests regards,  
Claire Dorsaz and Mathilde Héritier

Participation of Bachelor Thesis of midwife students in Geneva, Switzerland

Name and Surname: \_\_\_\_\_  
Work as: Counselor  
Professional experiences since 10 years  
Signature: [Signature]

1. What would you do concretely to decrease the rate of HIV vertical transmission in Uganda?

Increasing male involvement in ANC as all pregnant women are tested but their husbands are not tested for HIV hence leaving a big gap

2. Do you receive grant from the State or private Organizations for PMTCT service?

Yes from the ministry of Health and from our partners like RHITES

Is it also the case for most of health centers in the country?

Yes all Health centres that offer PMTCT services are supported.

3. Which tips/actions do you use for your daily practice to promote the PMTCT program for women?

- ① I do HIV testing where I test all pregnant women
- ② I do counseling to all positive and negative pregnant women
- ③ I do community outreach where I sensitize the community about HIV prevention and treatment

4. Which modifications did you observe after PMTCT implantation for treatment adhesion and decrease rate of vertical transmission (please join statistics if you have)?

Option BT Implementation and Test and Treat programmes have contributed much to the reduction of vertical transmission since early HIV treatment has reduced the HIV viral load among the pregnant mothers hence less chances of infecting our new borne babies

5. Do you face some beliefs (personal, cultural or spiritual) about HIV?

If you do, please describe them.

Yes we still have some misconceptions about HIV transmission where some people up to now think that you can get HIV when you touch someone with HIV and some think that mosquitoes transmit HIV.

We have a challenge in our ART clinic where some clients have stopped taking drugs and opted for prayers believing that they will get healed of HIV as some think HIV is curse from God.

Some pastors have claimed to be healing HIV in their churches hence letting some people to abandon taking drugs to spiritual prayers.

Thank you very much for your help,  
Bests regards,  
Claire Dorsaz and Mathilde Héritier



### ANNEXE 3 : Vignette

Dessins :

Partie 1



Partie 2



## **Texte :**

### Partie 1 (français)

Catherine, 19 ans, jeune femme ougandaise issue d'une famille d'agriculteurs, vit dans un milieu rural. Elle se trouve à 2 heures de route environ du premier centre de soins. Elle s'est mariée à l'âge de 18 ans avec Robert (21 ans), originaire de la même région. Tous les deux vivent chez les parents de Robert, le temps d'apprendre à tenir une maison.

Catherine n'a pas été scolarisée. Durant son enfance, elle a aidé sa mère à réaliser les tâches quotidiennes (ménage, repas, agriculture, élevage de chèvres). L'école était trop loin du domicile familial et nécessitait donc trop de frais.

Robert a effectué sa scolarité obligatoire (5 -15 ans). Il travaille depuis dans un lodge pour touristes (sécurité de nuit, entretien du jardin, des réparations, ...).

Catherine n'a plus ses règles depuis environ 3 mois. N'ayant pris aucune contraception, elle pense attendre un bébé. Malgré les difficultés rencontrées pour arriver au centre de soins le plus proche, elle s'y rend pour un contrôle.

Sur place, Catherine est enregistrée. Elle a payé le forfait pour un examen de grossesse (cô obst + US). Tout se passe bien pour elle et le bébé. Avant de repartir, elle rencontre la sage-femme responsable du service de PMTCT. Elle répond à toutes ses questions et accepte d'effectuer le test sanguin rapide du VIH.

Quelques minutes plus tard, le test revient positif. Catherine est très étonnée et décontenancée. Elle reçoit alors des conseils et le traitement nécessaire pour la grossesse avant de rentrer chez elle.

*Le reste de la grossesse se déroule harmonieusement. Catherine continue à prendre ses antirétroviraux.*

Quelques mois plus tard, à terme, les contractions débutent. Catherine se rend alors à l'hôpital avec sa famille proche. Elle y accouche rapidement. C'est un garçon de 2900g, qui va bien ! Le nouveau-né reçoit son traitement dès la naissance.

La petite famille rentre chez elle à 2 jours post-partum.

Avant de partir, Catherine est informée qu'il faut qu'elle revienne à l'hôpital dans 6 semaines pour recevoir la suite de son traitement et pour effectuer le dépistage du VIH de son bébé.

**Selon vous, que va faire Catherine ? Quelles sont, pour vous, les difficultés que va rencontrer Catherine ?**

Part 1 (english)

Catherine is 19 years old (y.o.). She is a young Ugandan woman from a farming family. She lives in a rural environment. The place is about 2 hours drive from the first health center. She married Robert (21 y.o.) at the age of 18. He comes from the same region. Both live at Robert's parents house. They are learning how to manage a house.

Catherine didn't go to school. During her childhood, she helped her mother to do daily tasks (cleaning, meals, farming, goats shepherd). The school being too far from the family home and therefore requiring too much money.

Robert completed his compulsory schooling (5 to 15 years). Since he has worked in a lodge (night security, gardening, reparations, ...).

Catherine hasn't had her period since about 3 months. She thinks that she is pregnant because she hadn't taken any contraception. Despite the difficulties, she goes to the nearest health center for a consultation.

When she arrived at the center, Catherine is registered, She has paid the price for a pregnancy consultation. Everything is going well for her and the baby. Before leaving, she meets the midwife in charge of the PMTCT service. She answers all these questions and agrees to perform the rapid HIV blood test.

A few minutes later, the test comes back positive. Catherine is very surprised and disconcerted. Then she receives counseling and treatments about HIV for the pregnancy before returning home.

*The rest of the pregnancy runs smoothly. Catherine continues to take her antiretrovirals.*

A few months later, the contractions begin. Catherine goes to the hospital with her close family where she gives birth quickly. He is a boy of 2900g, who is well! The newborn receives his prevention treatment after the birth.

The little family goes home at 2 days postpartum.

Before leaving, Catherine is informed that she must return to the hospital in 6 weeks to receive the continuation of her treatment and to carry out the HIV screening of her baby.

**What do you think Catherine will do? What are, for you, the difficulties that will meet Catherine?**

---

Partie 2 (français)

Catherine consulte, dans le même centre de soins, à 6 semaines post-partum. Son bébé est testé VIH séronégatif. La sage-femme l'informe qu'elle doit continuer son traitement pour protéger son bébé durant l'allaitement. Par contre, il faudra faire des suivis réguliers de l'enfant en pédiatrie.

**Que pensez-vous que Catherine va faire ? Que va-t-elle expliquer à son mari/famille ?**

Part 2 (english)

At 6 weeks postpartum Catherine consults at the same health center.

Her baby is HIV-negative tested. The midwife informs her that she must continue her treatment to protect her baby during breastfeeding. On the other hand, it will be necessary to make regular follow-ups of the child in pediatrics.

**What do you think Catherine will do? What will she explain to her husband/family?**

## 10. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Aide Suisse contre le SIDA. (2013). *Ce que je devrais savoir sur la thérapie* [Brochure]. Accès : [www.gsj.ch/Htdocs/Files/v/5881.pdf/Quejedevraissavoirusurlesmedicaments.pdf?...](http://www.gsj.ch/Htdocs/Files/v/5881.pdf/Quejedevraissavoirusurlesmedicaments.pdf?...)

1

Antelman, G., Smith-Fawzi, M.C., Kaaya, S., Mbwambo, J., Msamanga, G.I., Hunter, D.J. & Fawzi, W.W. (2001). Predictors of HIV-1 serostatus disclosure: a prospective study among HIV-infected pregnant women in Dar es Salaam, Tanzania. *AIDS*, 15(14), 1865-1874. Accès <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=11579250>

AVERT. (2018). *Prevention of Mother-to-Child Transmission (PMTCT)*. Accès <https://www.avert.org/professionals/hiv-programming/prevention/prevention-mother-child#WHO%20PMTCT%20guidelines>

Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (2008). *Les principes de l'éthique biomédicale*. Paris : Belles Lettres.

Bichsel, N. & Conus, P. (2017). La stigmatisation : un problème fréquent aux conséquences multiples. *Revue Médicale Suisse*, 13(551), 478-481. Accès <https://www.revmed.ch/RMS/2017/RMS-N-551/La-stigmatisation-un-probleme-frequent-aux-consequences-multiples>

Bougangue, B. & Ling, H.K. (2017). Male involvement in maternal healthcare through Community- based Health Planning and Services: the views of the men in rural Ghana. *BMC Public Health*, 17(1), 1-10. doi :10.1186/s12889-017-4680-2

Carquillat, P. (2015). *La recherche en obstétrique* [Présentation PowerPoint]. Accès <https://cyberlearn.hes-so.ch/mod/folder/view.php?id=523377>

Dako-Gyeke, M., Dako-Gyeke, P. & Asampong, E. (2015). Experiences of stigmatization and discrimination in accessing health services: voices of persons

living with HIV in Ghana. *Social Work in Health Care*, 54(3), 269-285. doi :10.1080/00981389.2015.1005268

De Cock, K.M., Fowler, M.G., Mercier, E., De Vincenzi, I., Saba, J. Hoff, E., ... Shaffer, N. (2000). Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: translating research into policy and practice. *Journal of the American Medical Association*, 283(1), 1175-1182. Accès <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/192457>

Desclaux, A., Msellati, P. & Sow, K. (2011). *Introduction : l'expérience des femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud*. Accès <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00605224/document>

Dop, M.C. (2002). L'allaitement maternel en Afrique : l'évolution favorable sera-t-elle remise en question par l'épidémie du SIDA ?. *John Libbey Eurotext*, 12(1), 64-72. Accès [http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins\\_textes/divers09-06/010028669.pdf](http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers09-06/010028669.pdf)

Dunkle, K.L., Jewkes, R.K., Brown, H.C., Gray, G.E., McIntyre, J.A. & Harlow, S.D. (2004). Gender-based violence, relationship power, and risk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa. *The Lancet*, 363(9419), 1415-1421. Accès <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673604160984>

Dzangare, J., Takarinda, K.C., Harries, A.D., Tayler-Smith, K., Mhangara, M., Apollo, T.M., ... Mugurungi, O. (2015). HIV testing uptake and retention in care of HIV-infected pregnant and breastfeeding women initiated on 'Option B+' in rural Zimbabwe. *Tropical Medicine & International Health*, 21(2), 202-209. doi :10.1111/tmi.12637

Falnes, E., Tylleskär, T., De Paoli, M.M., Manongi, R. & Engebretsen, I. (2010). Mothers' knowledge and utilization of prevention of mother to child transmission services in northern Tanzania. *Journal of the International AIDS Society*, 13(36), 13-36. doi :10.1186/1758-2652-13-36

Farquhar, C., Kiarie, J.N., Richardson, B.A., Kabura, M.N., John, F.N., Nduati, R.W, ... Stewart, G.C. (2012). Antenatal Couple Counseling Increases Uptake of Interventions to Prevent HIV-1 Transmission. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 37(5), 1620-1626. Accès <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3384734/>

Fonds des Nations unies pour l'enfance. (2017). *Les enfants et le sida : mise à jour statistique 2017* [Brochure]. Accès [https://www.unicef.org/health/files/Les enfants et le SIDA 2017.pdf](https://www.unicef.org/health/files/Les%20enfants%20et%20le%20SIDA%202017.pdf)

Fonds des Nations unies pour l'enfance. (2010) *Nutrition : Alimentation des nourrissons et VIH*. Accès [https://www.unicef.org/french/nutrition/index\\_24827.html](https://www.unicef.org/french/nutrition/index_24827.html)

Gendre, A. (2015). *Naissance et parentalité 2 : bases de l'éthique clinique* [Présentation PowerPoint]. Accès [https://cyberlearn.hes-so.ch/pluginfile.php/855760/mod\\_resource/content/0/%C3%A9thique et philosophie sage-femme BA15 Sem2.pdf](https://cyberlearn.hes-so.ch/pluginfile.php/855760/mod_resource/content/0/%C3%A9thique%20et%20philosophie%20sage-femme%20BA15%20Sem2.pdf)

Gourlay, A., Birdthistle, I., Mburu, G., Lorpenda, K. & Wringe, A. (2013). Barriers and facilitating factors to the uptake of antiretroviral drugs for prevention of mother-to-child transmission of HIV in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Journal of the International AIDS Society*, 16(18588). doi :10.7448/IAS.16.1.18588

Gourlay, A., Mshana, G., Birdthistle, I., Bulugu, G., Zaba, B. & Urassa, M. (2014). Using vignettes in qualitative research to explore barriers and facilitating factors to the uptake of prevention of mother-to-child transmission services in rural Tanzania: a critical analysis. *BMC Medical Research Methodology*, 14. 21. doi :10.1186/1471-2288-14-21

Hardon, A. (2005). La lutte contre l'épidémie de VIH/sida en Afrique Subsaharienne : les politiques à l'épreuve de la pratique. *Revue internationale des sciences sociales : Le VIH/sida vu par les sciences sociales*, 4(186), 661-669. doi :10.3917/riss.186.0661

Hohlfeld, P. & Marty, F. (2011). *Le livre de l'interne : Obstétrique*. Paris : Lavoisier.

Index Mundi. 2018. *Carte des Pays : Taux d'alphabétisation – Afrique*. Accès <https://www.indexmundi.com/map/?v=39&r=af&l=fr>

International AIDS Society. (2017). *Conference Report*. Accès [https://www.iasociety.org/Web/WebContent/File/IAS2017\\_conference\\_report.pdf](https://www.iasociety.org/Web/WebContent/File/IAS2017_conference_report.pdf)

International Confederation of Midwives. (2010). *Compétences essentielles pour la pratique de base du métier de sage-femme 2010*. Accès <https://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Comp%C3%A9tences%20essentielles%20pour%20la%20pratique%20de%20base%20du%20m%C3%A9tier%20de%20sage-femme%202010,%20r%C3%A9vis%C3%A9%20en%202013.pdf>

Jacquemot, P. (2012). Les systèmes de santé en Afrique et l'inégalité face aux soins. *Afrique contemporaine*, 243(3), 95-97. doi :10.3917/afco.243.0095.

Kilewo, C., Massawe, A., Lyamuya, E., Semali, I., Kalokola, F., Urassa, E., ... Biberfeld, G. (2001). HIV counselling and testing of pregnant women in sub-Saharan Africa: experiences from a study on prevention of mother-to-child HIV-1 transmission in Dar es Salaam, Tanzania. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 28(5), 458-462. Accès <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=11744835>

Kim, L.H., Cohan, D.L., Sparks, T.N., Pilliod, R.A., Arinaitwe, E. & Caughtey, A.B. (2013). The cost-effectiveness of repeat HIV testing during pregnancy in a resource-limited setting. *J Acquir Immune Defic Syndr.*, 63(2), 195-200. doi :10.1097/QAI.0b013e3182895565

Kim, M.H., Mazenga, A.C., Ahmed, S., Paul, M.E., Kazembe, P.N. & Abrams, E.J. (2017). High self-reported non-adherence to antiretroviral therapy amongst



- adolescents living with HIV in Malawi: barriers and associated factors. *Journal of the International AIDS Society*, 20(1), 214-247. doi :10.7448/IAS.20.1.21347
- Kinuthia, J., Kiarie, J.N., Farquhar, C., Richardson, B.A., Nduati, R., Mbori-Ngacha, D. & John-Stewart, G. (2011). Uptake of prevention of mother to child transmission interventions in Kenya: health systems are more influential than stigma. *Journal of the International AIDS Society*, 14. 61. doi :10.1186/1758-2652-14-61
- Le Monde. (2017). *Donald Trump s'attaque à l'avortement*. Accès [https://www.lemonde.fr/ameriques/article/2017/01/25/donald-trump-s-attaque-a-l-avortement\\_5069145\\_3222.html](https://www.lemonde.fr/ameriques/article/2017/01/25/donald-trump-s-attaque-a-l-avortement_5069145_3222.html)
- Lebouché, B. (2006). VIH-sida : pour une éthique de l'accès aux antirétroviraux. *Ethique publique*, 8(2). Accès <https://journals.openedition.org/ethiquepublique/1860#text>
- Lowe, M. (2017). Social and cultural barriers to husbands' involvement in maternal health in rural Gambia. *Pan African Medical Journal*, 27(215), 1-7. doi :10.11604/pamj.2017.27.255.11378
- Massé, R. & Saint-Arnaud, J. (2003). *Ethique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativité*. Québec : Presse de l'Université Laval.
- Médecins Sans Frontières. (2017). *VIH/sida: des millions de personnes toujours sans accès au antirétroviraux*. Accès <https://www.msf.ch/nos-actions/maladies/vihsida>
- Michellod, S. (2014). *Maturité spécialisée santé : les principes éthiques* [Présentation PowerPoint]. Accès [https://cyberlearn.hes-so.ch/pluginfile.php/614086/mod\\_resource/content/0/PrincipesEthiques\\_MCsa\\_M\\_Ssa%5B1%5D-2014-2015.pdf](https://cyberlearn.hes-so.ch/pluginfile.php/614086/mod_resource/content/0/PrincipesEthiques_MCsa_M_Ssa%5B1%5D-2014-2015.pdf)
- Mombo-Ngoma, G., Mackanga, J.R., González, R., Ouedraogo, S., Kakolwa, M., Manego, R.Z., ... Ramharther, M. (2016). Young adolescent girls are at high risk for

adverse pregnancy outcomes in sub-Saharan Africa: an observational multicountry study. *BMJ Open*, 6(6). doi :10.1136/bmjopen-2016-011783

Moshabela, M., Bukenya, D., Darong, G., Wamoyi, J., McLean, E., Skovdal, M., ... Wringe, A. (2017). Traditional healers, faith healers and medical practitioners: the contribution of medical pluralism to bottlenecks along the cascade of care for HIV/AIDS in Eastern and Southern Africa. *Journal of Sexually Transmitted Infections*. 93(3), 1-5. doi :10.1136/sextrans-2016-052974

Mufune, P. (2005). Mythes relatifs aux préservatifs et au vih/sida dans les zones rurales du nord de la Namibie. *Revue internationale des sciences sociales : Le VIH/sida vu par les sciences sociales*, 4(186), 745-757. doi : 10.3917/riss.186.0745

Muoghalu, C.O. & Jegede, S.A. (2013). Perception of HIV/AIDS among the Igbo of Anambra State, Nigeria. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 10(1), 42-54. doi :10.1080/17290376.2013.807052.

Mushi, D.L., Mpembeni, R.M. & Jahn, A. (2007). Knowledge about safe motherhood and HIV/AIDS among school pupils in a rural area in Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth*, 7(5), 1-8. Accès <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1868762/>

Naidoo, J.R., Uys, L.R., Greeff, M., Holzemer, W.L., Makoae, L., Dlamini, P., ... Kohi, T. (2007). Urban and rural differences in HIV/AIDS stigma in five African countries. *African Journal of AIDS Research*, 6(1), 17-23. doi :10.2989/16085900709490395

Ndengyingoma, A., Montigny, F. & Miron, J.M. (2013). Analyse comparative des méthodes de collecte de données qualitatives utilisées auprès des adolescents. *Recherche en soins infirmiers*, 1(112), 26-35. doi :10.3917/rsi.112.0026

Nuwagaba-biribonwoha, H., Mayon-White, R.T. & Carpenter, L.M. (2007). Challenges faced by health workers in implementing the prevention of mother-to-

child HIV transmission (PMTCT) programme in Uganda. *J Public Health (oxf)*, 29(3), 269-274. doi :10.1093/pubmed/fdm025

Organisation mondiale de la santé. (2004). *Assurance maladie universelle, rapport au Secrétariat*. Accès : [http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/EB114/B114\\_16-fr.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB114/B114_16-fr.pdf)

Organisation mondiale de la santé. (2005). *La transmission du VIH par l'allaitement au sein* [PDF]. Accès [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43332/9242562718\\_fre.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43332/9242562718_fre.pdf?sequence=1)

Organisation mondiale de la santé. (2007). *Adolescentes enceintes : apporter une promesse d'espoir dans le monde entier*. Accès [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43650/9789242593785\\_fre.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43650/9789242593785_fre.pdf?sequence=1)

Organisation mondiale de la santé (2009). *Recommandations rapides : L'utilisation des antirétroviraux pour traiter la femme enceinte et prévenir l'infection à VIH chez l'enfant* [Brochure]. Accès [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44265/1/9789242598933\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44265/1/9789242598933_fre.pdf)

Organisation mondiale de la santé. (2012). *Utilisation des antirétroviraux pour traiter la femme enceinte et prévenir l'infection à VIH chez le nourrisson* [Brochure]. Accès [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70891/WHO\\_HIV\\_2012.6\\_fre.pdf;jsessionid=D3369CCEC26771C185DD82FD8CB20889?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70891/WHO_HIV_2012.6_fre.pdf;jsessionid=D3369CCEC26771C185DD82FD8CB20889?sequence=1)

Organisation mondiale de la santé. (2013). *VIH/SIDA : Stratégie pour la région africaine* [Brochure]. Accès <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/hiv-aids-strategy-who-african-region-fr.pdf>

Organisation mondiale de la santé. (2013). *Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence* [Brochure]. Accès

[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625\\_eng.pdf;jsessionid=E71AB8757671397DE4AF25729DA38721?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf;jsessionid=E71AB8757671397DE4AF25729DA38721?sequence=1)

Organisation mondiale de la santé. (2017). *Bulletin of the World Health Organization*. Accès <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/1/10-030110/en/#>

Organisation mondiale de la santé. (2016). *Centre des médias : Les femmes doivent pouvoir bénéficier de soins adaptés au bon moment*. Accès <http://www.who.int/fr/news-room/detail/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>

Organisation mondiale de la santé. (2018). *VIH/sida : principaux faits*. Accès <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

Organisation mondiale de la santé. (2018). *La grossesse chez les adolescentes*. Accès <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

Organisation mondiale de la santé. (2018). *Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent*. Accès [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/newborn/postnatal\\_care/fr/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/postnatal_care/fr/)

Organisation mondiale de la santé. (2018). *VIH/sida*. Accès <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

Organisation des Nations Unies Sida (2013). *The people living with HIV stigma index* [Brochure]. Accès <https://ugandaharmreduction.files.wordpress.com/2013/10/uganda-plhiv-stigma-index-report-2013-final.pdf>

Organisation des Nations Unies Sida (2015). *Comment le sida a tout changé, OMD : 15 ans, 15 leçons d'espoir de la riposte au sida* [Brochure]. Accès [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/MDG6Report\\_fr.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/MDG6Report_fr.pdf)

Organisation des Nations Unies Sida. (2016). *New HIV infections : Number of new HIV infections*. Accès <http://unaids.org/>

Organisation des Nations Unies Sida. (2016). *Stigma and Discrimination : Discriminatory attitudes towards people living with HIV*. Accès <http://aidsinfo.unaids.org/>

Organisation des Nations Unies Sida. (2017). *Fiche d'information : journée mondiale de lutte contre le sida 2017*. Accès [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/UNAIDS\\_FactSheet\\_fr.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_fr.pdf)

Organisation des Nations Unies Sida. (2018). *Statistiques mondiales sur le VIH en 2017*. Accès [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/UNAIDS\\_FactSheet\\_fr.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_fr.pdf)

Pantelic, M., Boyes, M., Cluver, L. & Thabeng, M. (2016). « They Say HIV is a Punishment from God or from Ancestors »: Cross-Cultural Adaptation and Psychometric Assessment of an HIV Stigma Scale for South African Adolescents Living with HIV (ALHIV-SS). *Child Indicators Research*, 11(1), 207-223. doi :10.1007/s12187-016-9428-5

Paoli, M.M., Manongi, R. & Klepp, K.L. (2004). Factors influencing acceptability of voluntary counselling and HIV-testing among pregnant women in Northern Tanzania. *AIDS care*, 16(4), 411-425. Accès <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09540120410001683358?journalCode=caic20>

Robert, P. (2013). *Le Petit Robert*. Paris : Dictionnaire Le Robert.

Romagnoli, S. (2017). *Interprofessionnalité : Enjeux éthiques dans les professions [Présentation PowerPoint]*. Accès [https://cyberlearn.hes-so.ch/pluginfile.php/701835/mod\\_resource/content/1/Enjeux%20%C3%A9thiques%20dans%20les%20professions%20quelques%20exemples%20.pdf](https://cyberlearn.hes-so.ch/pluginfile.php/701835/mod_resource/content/1/Enjeux%20%C3%A9thiques%20dans%20les%20professions%20quelques%20exemples%20.pdf)

Spaan, E., Mathijssen, J., Tromp, N., McBain, F., Have, A. & Baltussen, R. (2012). *The impact of health insurance in Africa and Asia : a systematic review*. Accès <http://www.who.int/bulletin/volumes/90/9/12-102301/en/#>

Staderini, N. (2018). *Approche opt-in et opt-out*. Communication personnelle lors d'un entretien, 6 juillet 2018, Genève.

Sylla, F. & Ba-Diagne, B. (2015). L'observatoire de l'Afrique de l'Ouest. *Groupe de la Banque africaine de développement*, (5), 5-6. Accès [https://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Publications/L%E2%80%99Observatoire de l'Afrique de l'Ouest N 5 - FR.pdf](https://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Publications/L%E2%80%99Observatoire%20de%20l'Afrique%20de%20l'Ouest%20N%205%20-%20FR.pdf)

Taylor, B.J. (2006). Factorial Surveys: Using Vignettes to Study Professional Judgement. *British Journal of Social Work*, 36(7), 1187-1207. doi :10.1093/bjsw/bch345

Tenkorang, EY. (2012). Myths and misconceptions about HIV transmission in Ghana: what are the drivers?. *Culture, Health & Sexuality*, 15(3), 296-310. doi :10.1080/13691058.2012.752107

Tétreault, S., Sorita, E., Ryan, A. & Ledoux, A. (2013). *Guide francophone d'analyse systématique des articles scientifiques (GFASAS)*. Accès <http://www.ergo-carafe.org/wp-content/uploads/2014/01/GFASAS1.pdf>

United Nations of International Children's Emergency Fund. (2015). *Mariages d'enfants, grossesses précoces et formation de la famille en Afrique de l'Ouest et du Centre*. Accès [https://www.unicef.org/wcaro/english/Mariage d enfants grossesses precoces e t formation de la famille en AOC.pdf](https://www.unicef.org/wcaro/english/Mariage_d_enfants_grossesses_precoces_et_formation_de_la_famille_en_AOC.pdf)

United Nations of International Children's Emergency Fund. (2017). *Prevention of Mother to Child Transmission (PMTCT)*. Accès [https://www.unicef.org/supply/index\\_42855.html](https://www.unicef.org/supply/index_42855.html)

United Nations Programme on HIV/ Acquired Immune Deficiency Syndrome. (2018).  
*90-90-90: Treatment for all*. Accès <http://www.unaids.org/fr/resources/909090>

Van Niekerk, J. (2012). Traditional healers formalised?. *South African Medical Journal*, 102(3), 105-106. Accès <https://www.researchgate.net/publication/221879632> Traditional healers formalised

Wanyama, J.N., Tsui, N., Kwok, C., Wanyenze, R.K., Denison, J.A., Koole, O., ... Colebunders, R. (2017). Persons living with HIV infection on antiretroviral therapy also consulting traditional healers: a study in three African countries. *International Journal of STD & AIDS*, 28(10), 1018-1027. doi :10.1177/0956462416685890

Wild, K., Barclay, L., Kelly, P. & Martins, N. (2012). The tyranny of distance: Maternity waiting homes and access to birthing facilities in rural Timor-Leste. *Bulletin of the World Health Organ*, 90(2), 97-103. doi :10.2471/BLT.11.088955

Wong, K., Benova, L. & Campbell, O. (2017). A look back on how far to walk: Systematic review and meta-analysis of physical access to skilled care for childbirth in Sub-Saharan Africa. *Public Library of Science one*. 12(9). doi :10.1371/journal.pone.0184432