



COURS Recherche / Clinique

Édition 2019 du 4 au 7 avril

Grand-Bassam - Côte d'Ivoire



- Santé de la reproduction ...
.....Et Infection VIH

« Le gap entre intentions et réalité »

Santé sexuelle et reproductive...Définition OMS

- **Une bonne santé sexuelle et reproductive est un état de bien-être total sur le plan physique, mental et social, relativement à tous les aspects du système reproductif.**
- **Dans cet état, les personnes sont en mesure de profiter d'une vie sexuelle satisfaisante et sûre et ..**
- **Ont la capacité de se reproduire et de décider si elles désirent le faire, quand et comment.**

Santé reproductive: nécessité

Qui / Quoi/comment ?

- Femmes /couples (Hommes +)
- Santé sexuelle
- Sexualité choisie
- Désir de grossesse
- Contraception
- Dépistage IST : Syphilis , autres
- Infections génitales : bactéries, mycoses, Herpes ..
- Dépistage des carences
- Dépistage cancers : col, sein
- Prévention : VIH/IST/HPV / VHB
- Allaitement
- **Quels moyens mettre en œuvre ?**

INÉGALITÉS SOCIALES, FREINS À LA SANTÉ SEXUELLE DES FEMMES

« Si les femmes sont plus vulnérables , ce n'est pas parce que ce sont des femmes au sens biologique du terme, mais parce que leur sexualité s'exerce dans un contexte marqué par de nombreuses inégalités».

Nathalie Bajos (unité de recherche Inserm au Kremlin-Bicêtre), mars 2007, présentation des premiers résultats de l'étude sur les comportements sexuels en France (CSF)

Les représentations différentialistes des sexualités féminines et masculines = révélateur des inégalités dans les autres sphères sociales

VIOLENCES : UN FLÉAU AVEC UNE ACCEPTATION SOCIALE INACCEPTABLE

- **Une femme sur cinq dans le monde sera victime de viol** ou de tentative de viol au cours de sa vie, une menace plus importante pour les 14-55 ans que le cancer, les accidents de la route, la guerre et le paludisme réunis.
- **Une femme sur trois dans le monde subira des violences infligées par son partenaire**
- En France, **une femme meurt tous les 2,5 jours** sous les coups de son compagnon.
- De 40 % à 50 % des femmes de l'Union européenne ont fait état d'une forme ou d'une autre de harcèlement sexuel sur le lieu de travail.

•



**Son partenaire l'a frappée.
Faut-il l'envoyer au poste
de police ?**

**Commençons par la soigner. Nous
examinerons ensuite les diverses
possibilités pour qu'elle puisse
décider ce qu'elle souhaite faire**

Contraception OMS

- **Principaux faits**

- On estime à 214 millions le nombre de femmes dans les pays en développement **qui souhaiteraient retarder le moment d'avoir un enfant ou ne plus avoir d'enfants mais qui n'utilisent aucun moyen de contraception.**
- Certaines méthodes de planification familiale, comme les **préservatifs, permettent d'éviter la transmission du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles.**
- La planification familiale et la contraception réduisent le besoin de recourir à **l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité.**
- La planification familiale renforce les droits des populations à choisir le nombre d'enfants qu'elles souhaitent avoir et à déterminer l'espacement des naissances.
- En évitant les grossesses non désirées, la planification familiale et la contraception **préviennent les décès de mères et d'enfants.**

Les besoins de contraception non satisfaits à l'échelle mondiale

notamment pour les raisons suivantes: (214 millions de femmes PVD)

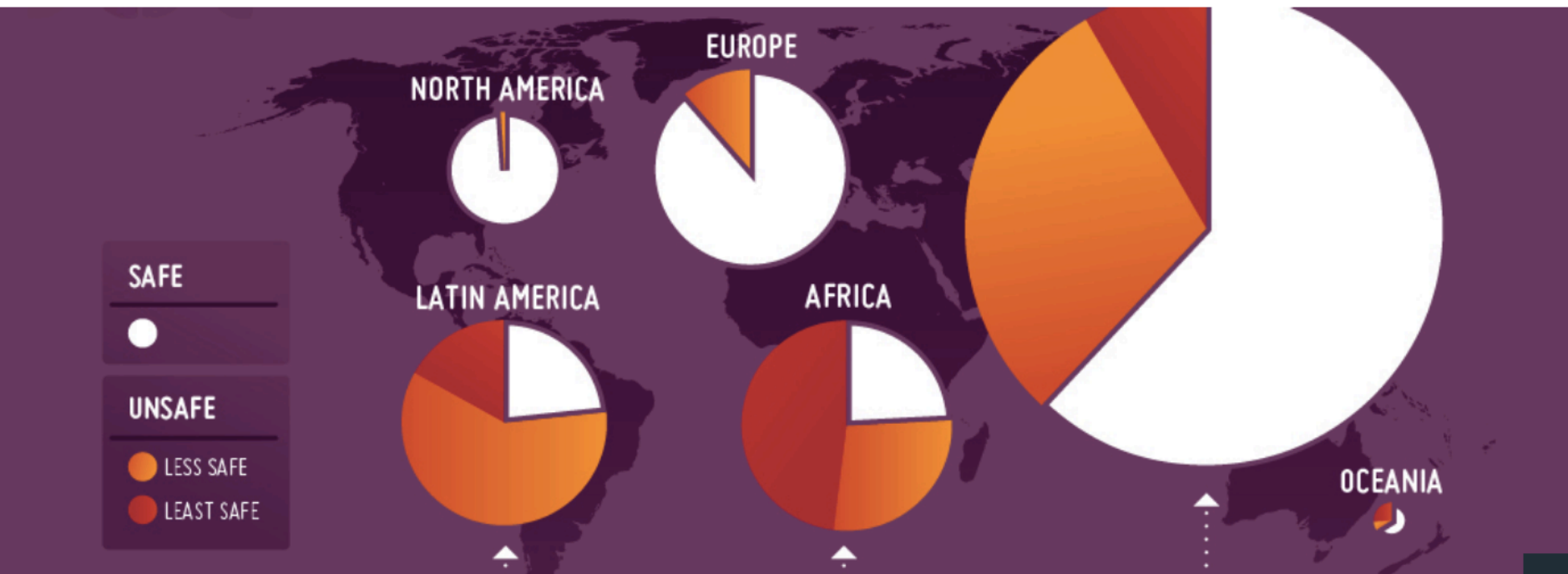
- **choix limité des méthodes**
- **Accès limité à la contraception, en particulier chez les jeunes, les groupes de populations les plus pauvres ou les couples non mariés**
- **Crainte ou expérience d'effets secondaires;**
- **Opposition culturelle ou religieuse;**
- **Médiocre qualité des services disponibles;**
- **A priori des utilisateurs et des professionnels;**
- **obstacles fondés sur le sexe.**

La grossesse chez les adolescentes

23 février 2018

Principaux faits

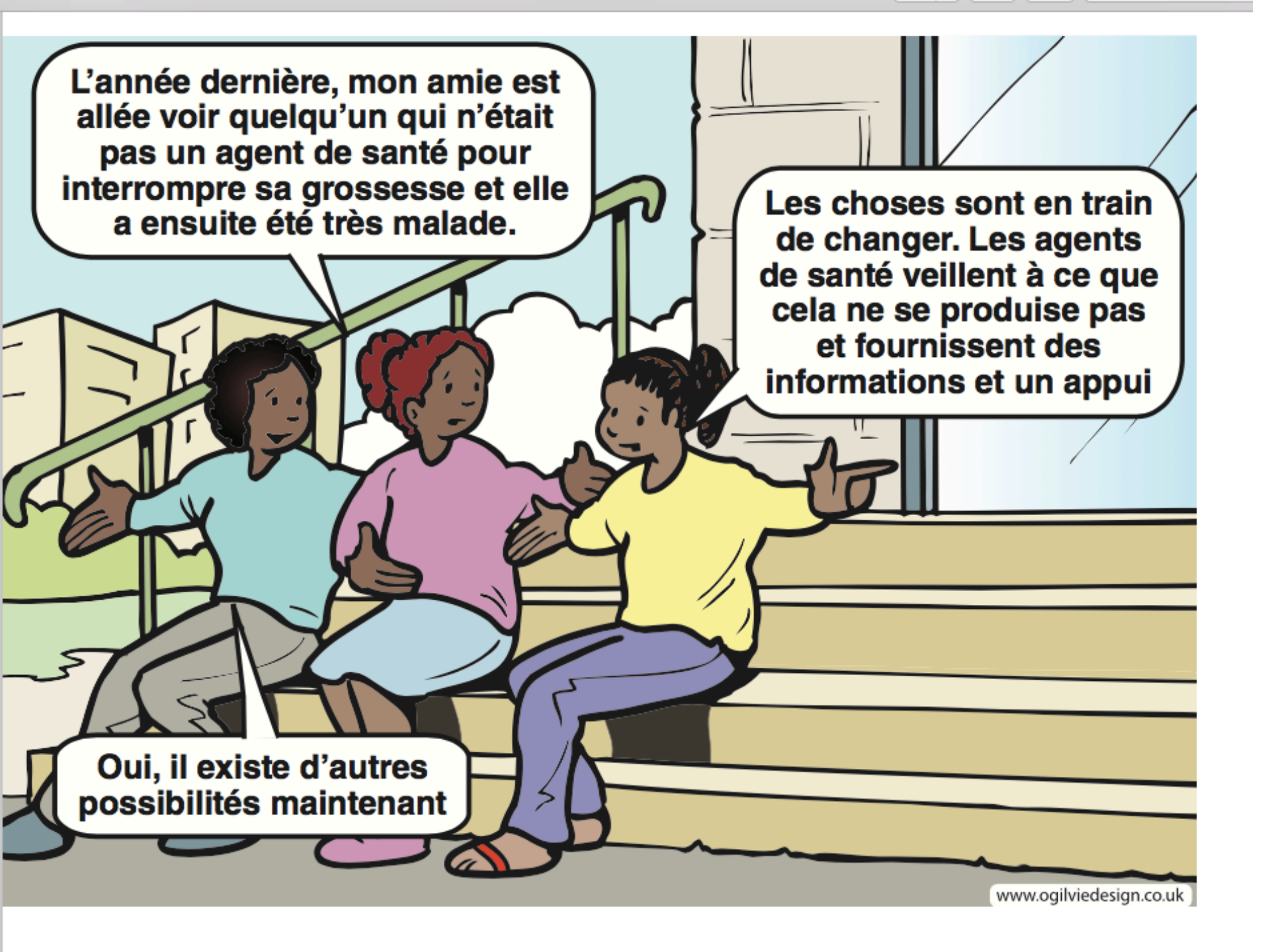
- **Près de 16 millions de jeunes filles âgées de 15 à 19 ans et quelque 1 million de jeunes filles âgées de moins de 15 ans mettent au monde des enfants chaque année – la plupart dans des pays à revenu faible ou intermédiaire.**
 - **Les complications de la grossesse et de l'accouchement sont la deuxième cause de décès pour les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans dans le monde.**
 - **Chaque année, près de 3 millions de jeunes filles âgées de 15 à 19 ans subissent des avortements à risque.**
 - **Les enfants de mères adolescentes ont un risque de mortalité sensiblement plus élevé que ceux de femmes âgées de 20 à 24 ans.**
-



25 millions d'avortements non sécurisés sont pratiqués dans le monde chaque année

- English
- العربية
- 中文
- Русский
- Español

-
-
-
-
-



L'année dernière, mon amie est allée voir quelqu'un qui n'était pas un agent de santé pour interrompre sa grossesse et elle a ensuite été très malade.

Les choses sont en train de changer. Les agents de santé veillent à ce que cela ne se produise pas et fournissent des informations et un appui

Oui, il existe d'autres possibilités maintenant

Mariages forcés

Education des jeunes filles et garçons



Il faut laisser aux filles le temps de grandir avant de devenir des épouses et des mères

Mais le mariage précoce fait partie de nos traditions. Nous ne devrions rien changer !

Les temps changent et nos traditions aussi devraient évoluer.

Je suis d'accord ! Nous devons soutenir nos filles pour qu'elles aillent à l'école et deviennent indépendantes.

Avantages de la planification familiale et de la contraception (OMS 2018)

La promotion de la planification familiale – et la garantie de l'accès aux méthodes de contraception de leur choix pour les femmes et pour les couples – est essentielle si l'on veut assurer le bien-être et l'autonomie des femmes tout en soutenant la santé et le développement des communautés.

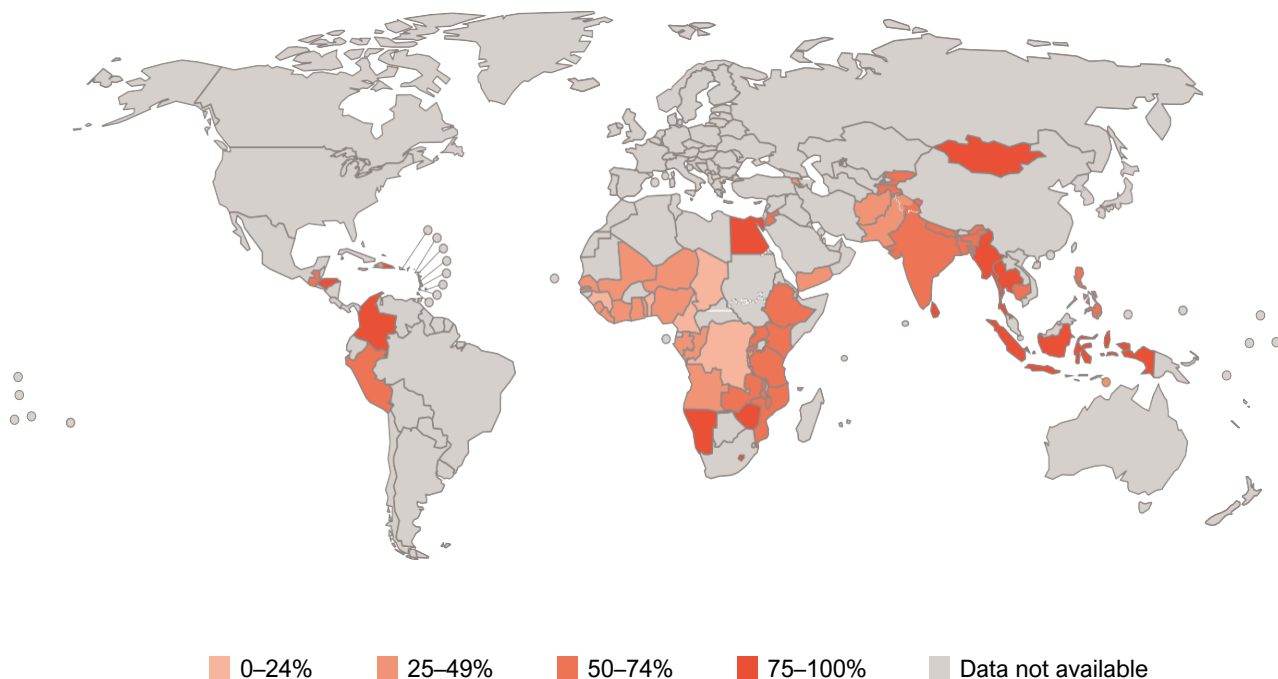
- 1) Prévenir les risques sanitaires liés à la grossesse chez les femmes**
- 2) Réduire la mortalité infantile**
- 3) Contribuer à prévenir le VIH/sida**
- 4) Donner aux populations la capacité d'agir et renforcer l'éducation**
- 5) Réduire les grossesses chez les adolescentes**
- 6) Ralentir la croissance de la population**

Utilisation des contraceptifs (OMS)

- L'utilisation des contraceptifs a augmenté dans de nombreuses régions du monde, en particulier en Asie et en Amérique latine, **mais reste faible en Afrique subsaharienne.**
- Au niveau mondial, l'utilisation des contraceptifs a augmenté, passant de 54% en 1990 à 57,4% en 2016.
- En Afrique, **elle est passée de 23,6% à 27,6%,.**
- L'utilisation de la contraception par les hommes représente un sous-ensemble relativement faible des taux de prévalence ci-dessus.
- Les méthodes contraceptives modernes concernant les hommes se limitent au préservatif et à la stérilisation (vasectomie).

Women are not having their family planning needs met

Percentage of women (aged 15–49 years) who had their demand for family planning satisfied by modern methods, countries with available data, 2012–2017



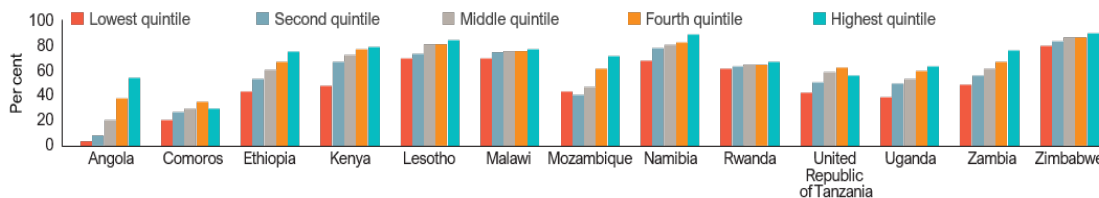
Source: Population-based surveys, 2012–2017.

Poor and uneducated women less likely to access family planning

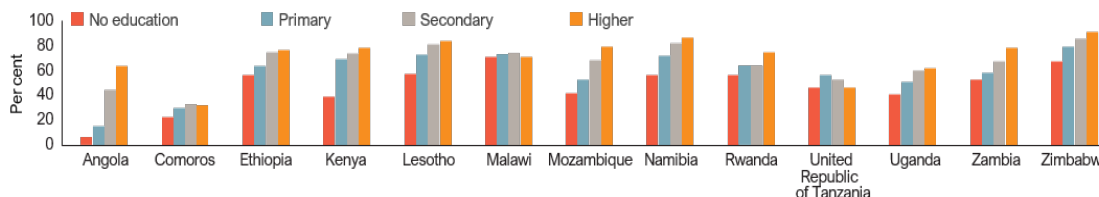
Percentage of women (aged 15–49 years) who have their *demand for family planning satisfied by modern methods*, By education level and wealth quintile, eastern and southern Africa and western and central Africa, 2012–2017

Eastern and southern Africa

By wealth quintile

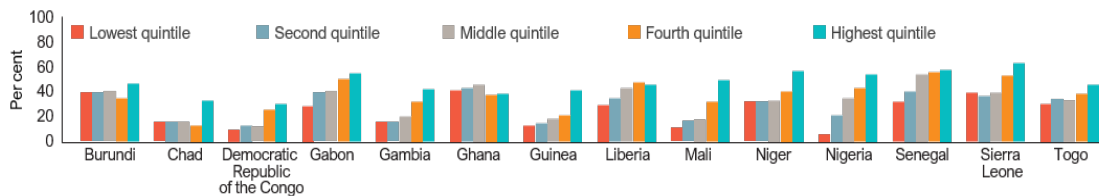


By education level

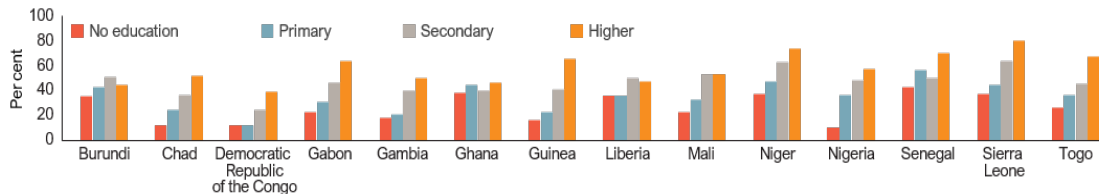


Western and central Africa

By wealth quintile



By education level



Source: Population-based surveys, 2012–2017.

Contraception Mali : Enquete nationale 2015

- 74.6% des femmes connaissent la contraception
- 8.2% des femmes utilisent la contraception
- 31.2% des femmes n'ont pas pu exprimer leur souhait de contraception
- Peur des lois restrictives :
- **Resultats:**
 - Beaucoup de grossesses et d'enfants non désirés
 - Les familles pauvres ne peuvent subvenir aux besoins des enfants
 - Mortalité maternelle en couche: 1 / 28



Contents lists available at [ScienceDirect](#)

Sexual & Reproductive Healthcare

journal homepage: www.elsevier.com/locate/srhc



Factors associated with pregnant adolescents' access to sexual and reproductive health services in New York City

Kelly F. Flanagan^{a,*}, Shayna D. Cunningham^a, Jessica B. Lewis^a, Jonathan N. Tobin^{b,c},
Jeannette R. Ickovics^a

^a Yale School of Public Health, New Haven, CT, United States

^b Clinical Directors Network (CDN), New York, NY, United States

^c The Rockefeller University, Center for Clinical and Translational Science, New York, NY, United States



**Only 4% of participants received all four core aspects
of sexual and reproductive health assessed**

Table 2

Associations between measures of social and economic vulnerability and receipt of sexual and reproductive health components (N = 649)^a.

| | Sexual and Reproductive Health Services | | | |
|--|---|--------------------------------------|----------------------|-------------------------|
| | Adjusted OR (95% CI) | | | |
| | Perinatal Care ^b | Access to Birth Control ^c | HIV Testing | Sexual Health Knowledge |
| Measures of Social and Economic Vulnerability | | | | |
| Age | | | | |
| < 18 | 1.43 (0.95–2.16) | 0.46 (0.27–0.78)* | 0.35 (0.16–0.78)* | 0.59 (0.37–0.95)* |
| 18 + | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| Race/Ethnicity | | | | |
| Black | 0.82 (0.53–1.25) | 0.88 (0.53–1.46) | 0.66 (0.24–1.83) | 1.74 (1.13–2.70)* |
| Non-Black | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| Born in the US | | | | |
| No | 1.60 (1.09–2.36)* | 1.64 (1.07–2.53)* | 0.44 (0.19–1.01) | 0.52 (0.34–0.81)* |
| Yes | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| Food Security | | | | |
| Insecure | 0.63 (0.45–0.90)* | 1.42 (0.95–2.14) | 0.84 (0.38–1.85) | 0.94 (0.65–1.36) |
| Secure | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| Housing Security | | | | |
| Insecure | 0.76 (0.47–1.24) | 0.70 (0.38–1.28) | 0.54 (0.20–1.46) | 0.92 (0.55–1.54) |
| Secure | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| Relationship Status | | | | |
| Single | 1.02 (0.72–1.44) | 0.74 (0.50–1.10) | 1.65 (0.76–3.56) | 1.19 (0.82–1.73) |
| Partnered | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| Everyday Discrimination | | | | |
| Any | 1.14 (0.75–1.72) | 1.05 (0.65–1.70) | 1.45 (0.59–3.53) | 1.47 (0.91–2.36) |
| None | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |

Je pense que la contraception ne devrait être proposée aux jeunes femmes qu'après leur premier enfant

Séance de formation

Formateur

Faux. Toutes les jeunes femmes peuvent recourir sans risque à la contraception même si elles sont célibataires ou n'ont pas encore d'enfant

Cela peut en effet les aider à éviter les grossesses non désirées



Les femmes enceintes doivent pouvoir bénéficier de soins adaptés au bon moment

English 中文 Español

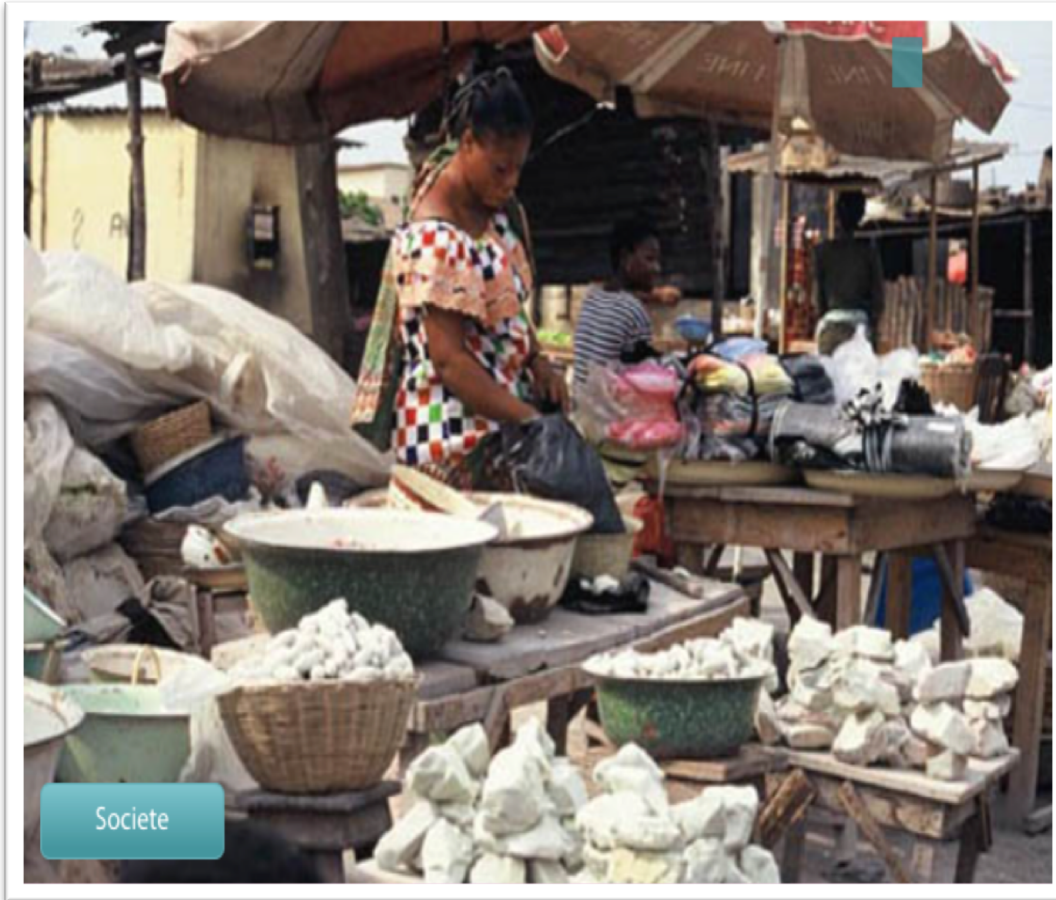


Consultations prénatales : OMS

Exemples de recommandations:

- Le modèle de soins prénatals préconise au moins 8 consultations pour faire baisser la mortalité périnatale et offrir aux femmes des soins de meilleure qualité.
- On trouve des conseils sur l'alimentation saine et la pratique d'exercice physique pendant la grossesse.
- Une supplémentation quotidienne en fer et en acide folique, par voie orale, est recommandée à raison de 30 mg à 60 mg de fer élémentaire et de 400 µg (0,4 mg) d'acide folique pour les femmes enceintes afin de prévenir l'anémie, la septicémie puerpérale et les naissances prématurées.
- La vaccination antitétanique est recommandée, selon le statut vaccinal de la femme enceinte, afin d'éviter que le tétanos n'entraîne le décès du nouveau-né.
- Une échographie avant la 24^e semaine de grossesse est recommandée afin d'estimer l'âge gestationnel de l'enfant, d'améliorer la détection des anomalies fœtales et des grossesses multiples, de réduire le nombre d'accouchements provoqués en cas de grossesse prolongée et d'améliorer l'expérience des femmes.
- Les soignants devraient, le plus tôt possible au cours de la grossesse et à chaque consultation prénatale, interroger toutes les femmes enceintes sur leur consommation (passée et actuelle) d'alcool et d'autres substances.

Kaolin et grossesse



Societe

Santé sexuelle et reproductive (et..... VIH)

- Pour préserver leur propre santé sexuelle et reproductive, les personnes doivent pouvoir accéder à des **informations** exactes et...
- A la méthode de **contraception** sûre, efficace, abordable et acceptable de leur choix.
- Elles doivent être informées et habilitées à se protéger des **maladies sexuellement transmissibles**.
- Et lorsqu'elles décident d'avoir des enfants, les femmes doivent pouvoir accéder aux services qui pourront les aider **à vivre au mieux leur grossesse, à accoucher en sécurité** et à mettre au monde un **bébé en bonne santé**.

Sexual and reproductive health

Sexual and reproductive health

What's new?

Topics

Publications

HRP research programme

About us

Sexual and reproductive health and rights (SRHR) and HIV



UNICEF/Dejongh

SRHR/HIV linkages are bidirectional synergies in policy, programmes, and service delivery that support comprehensive sexual and reproductive health needs and rights of all people, including people living with HIV and people at risk of HIV, within a framework of gender equality and human rights.

- Read more
- A theory of change for SRHR and HIV linkages
- Supporting joint SRHR and HIV outcomes
- Publications and journal articles

AIDS free

Women

HIV is a leading cause of death in women of reproductive age.

SRHR of women living with HIV

Stay free

Children

In 2016 five countries have eliminated new paediatric HIV and syphilis infections.

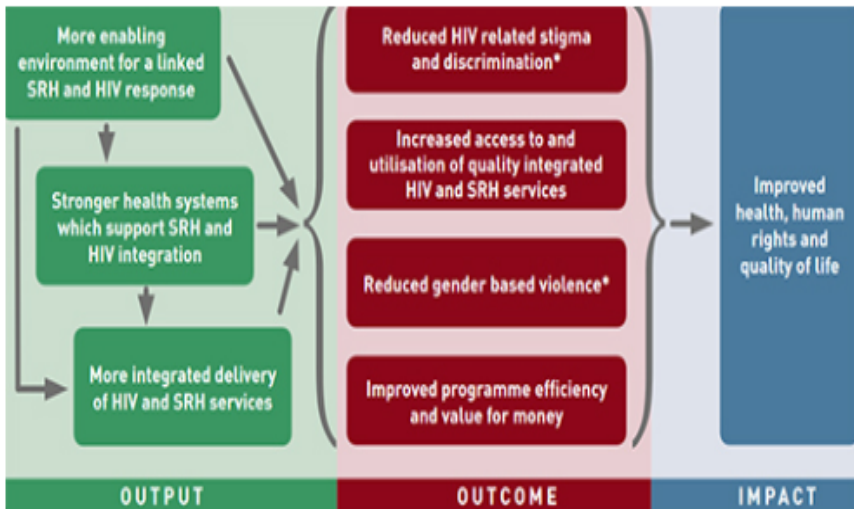
Dual elimination of syphilis and HIV

Stay free

Adolescents

2 500 young people are newly infected with HIV every day.

SRHR of AGYW at risk of HIV

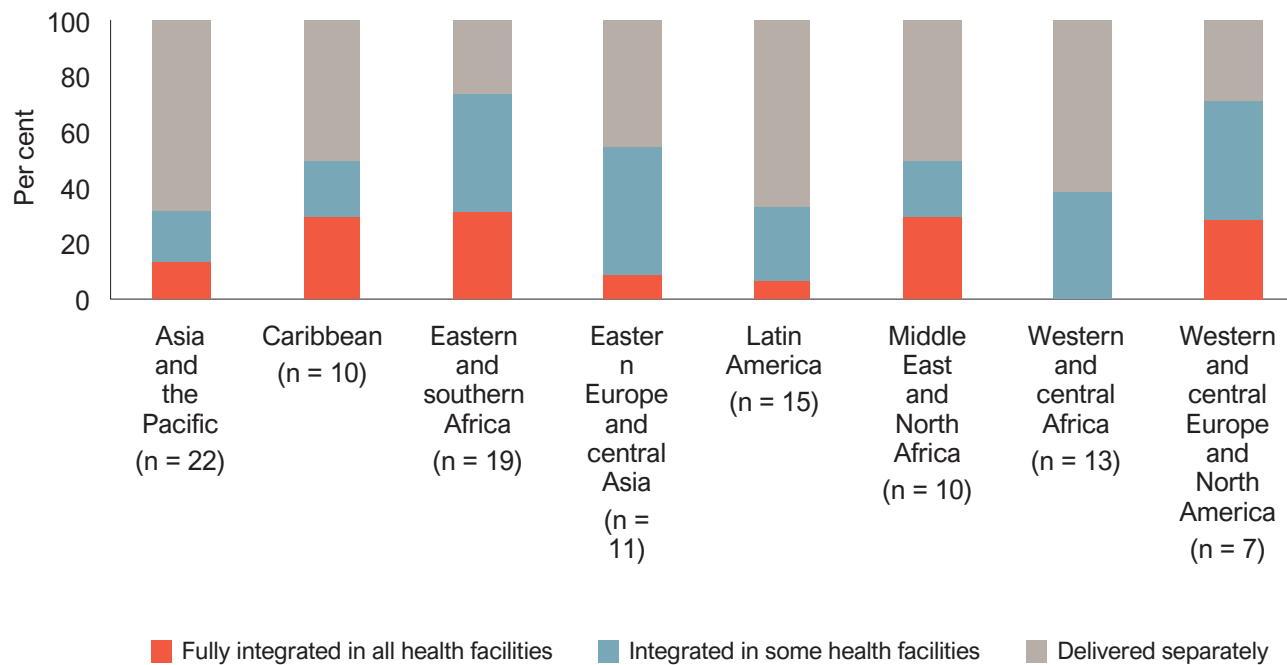


Programmes should strengthen the **integration of sexual and reproductive health services within HIV treatment** programmes to ensure reliable and consistent access to contraception for women and adolescent girls living with HIV.



All women living with HIV should be screened for cervical cancer

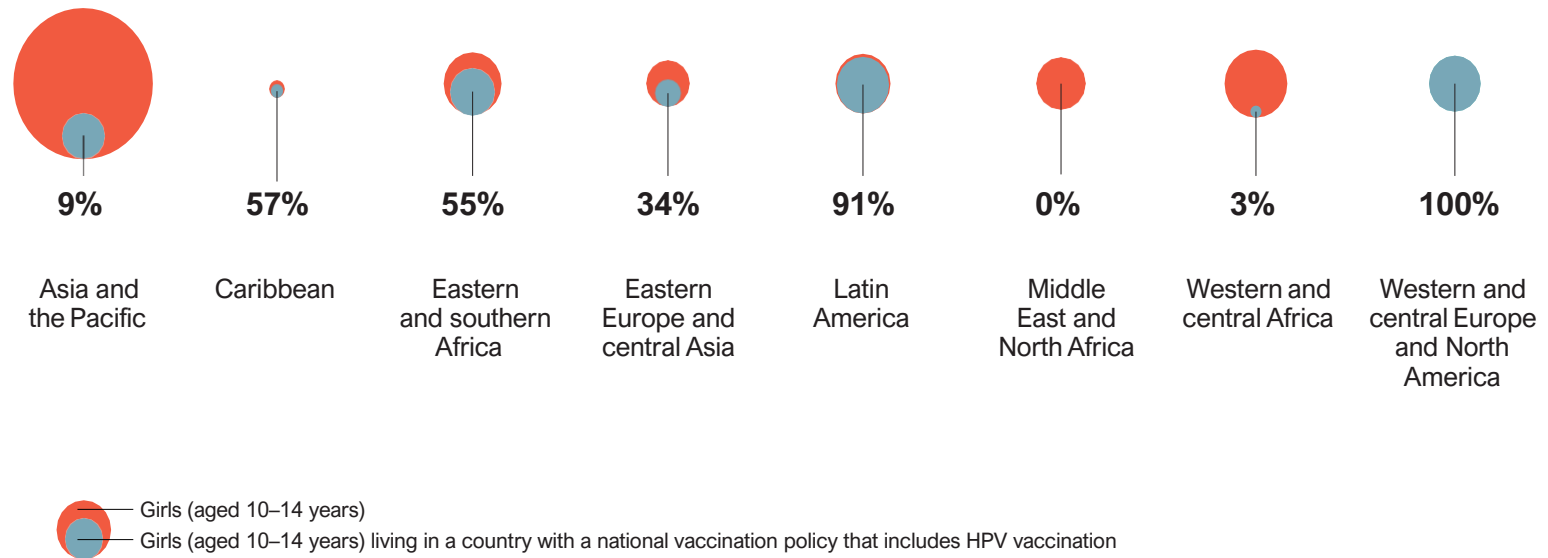
Proportion of reporting countries that deliver cervical cancer screening integrated in HIV services, by region, 2016



Source: 2017 National Commitments and Policy Instrument.

HPV vaccination policies are critical to progress

Percentage of girls (aged 10–14 years) living in a country with a national vaccination policy that includes HPV vaccination, by region, 2018



Source: 2017 World Population Prospects; 2018 HIV estimates; Immunization Vaccines and biologicals database, World Health Organization (as of 15 June 2018).

Ce qu'expriment les femmes...A propos du VIH

- **La PEUR**

- **De l'abandon du partenaire**
- **D'une révélation non souhaitée**
- **Des stigmates**
- **D'une discrimination/Stigmatisation**

Ce qu'expriment les femmes...

- **La PERTE D'ENVIE**
- **La CULPABILITÉ**
- **La CRAINTE DES MODIFICATIONS DE L'ASPECT DU CORPS**
- **DIFFICULTES DE RENCONTRER LE PARTENAIRE**



Femmes, VIH et sexualité : les questions qui se posent

- Quels sont les enjeux de la **contraception** avec le VIH ?
- Quelles sont les considérations en matière de **grossesse** ?
 - Enjeux et raisons du traitement
 - Recommandations en matière de traitement
 - Exposition aux ARVs et tolérance
 - Considérations après l'accouchement
- Quelles sont les questions en rapport avec **la fertilité et la relation au partenaire** chez les femmes infectées par le VIH ?

→ **Appréhender, évaluer et prendre en charge l'impact de l'infection par le VIH sur la qualité de vie et la santé sexuelle**

Stratégies de protection des nouveaux nés vis à vis du VIH

- La meilleure prévention pour le BB serait **d'éviter l'infection de la futur Mère**
- Ensuite de dépister les futures mères VIH+ avant la conception
- Ensuite de situer les mères dans la cascade
- Objectif : **CV indétectable à la conception et pendant toute la grossesse**

Une charge virale indétectable pour tous

- Pour prévenir les dommages irréversibles de la réplication
- Pour libérer la personne VIH du stress de la contagiosité
- Pour stopper la transmission entre individus
- Pour réduire la discrimination liée à la peur

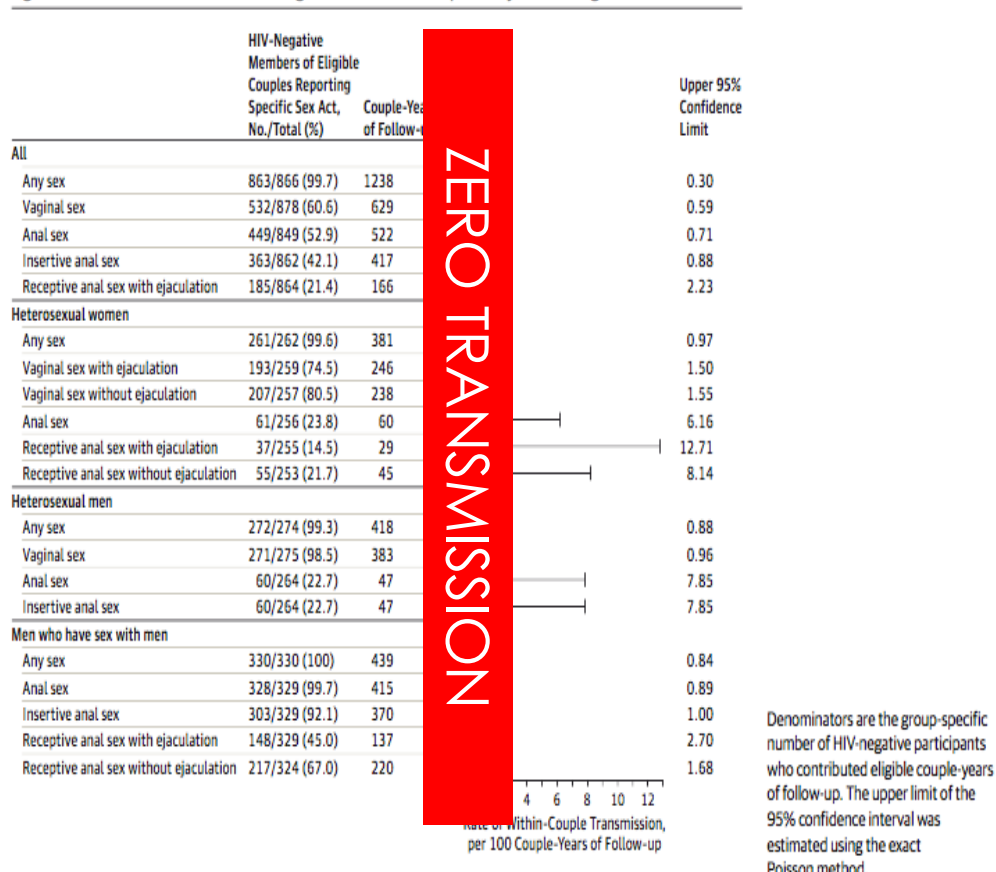


Une protection optimale pour soi et pour l'autre

Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy

Alison J. Rodger, MD; Valentina Cambiano, PhD; Tina Bruun, RN; Pietro Vernazza, MD; Simon Collins; Jan van Lunzen, PhD; Giulio Maria Corbelli; Vicente Estrada, MD; Anna Maria Geretti, MD; Apostolos Beloukas, PhD; David Asboe, FRCP; Pompeyo Viciano, MD; Félix Gutiérrez, MD; Bonaventura Clotet, PhD; Christian Pradier, MD; Jan Gerstoft, MD; Rainer Weber, MD; Katarina Westling, MD; Gilles Wandeler, MD; Jan M. Prins, PhD; Armin Rieger, MD; Marcel Stoeckle, MD; Tim Kümmerle, PhD; Teresa Bini, MD; Adriana Ammassari, MD; Richard Gilson, MD; Ivanka Krznaric, PhD; Matti Ristola, PhD; Robert Zangerle, MD; Pia Handberg, RN; Antonio Antela, PhD; Sris Allan, FRCP; Andrew N. Phillips, PhD; Jens Lundgren, MD; for the PARTNER Study Group

Figure 1. Rate of HIV Transmission According to Sexual Behavior Reported by the HIV-Negative Partner



Risque élevé d'acquisition du VIH en fin de grossesse et en post-partum

Infectiosité pour 1 000 rapports sexuels*

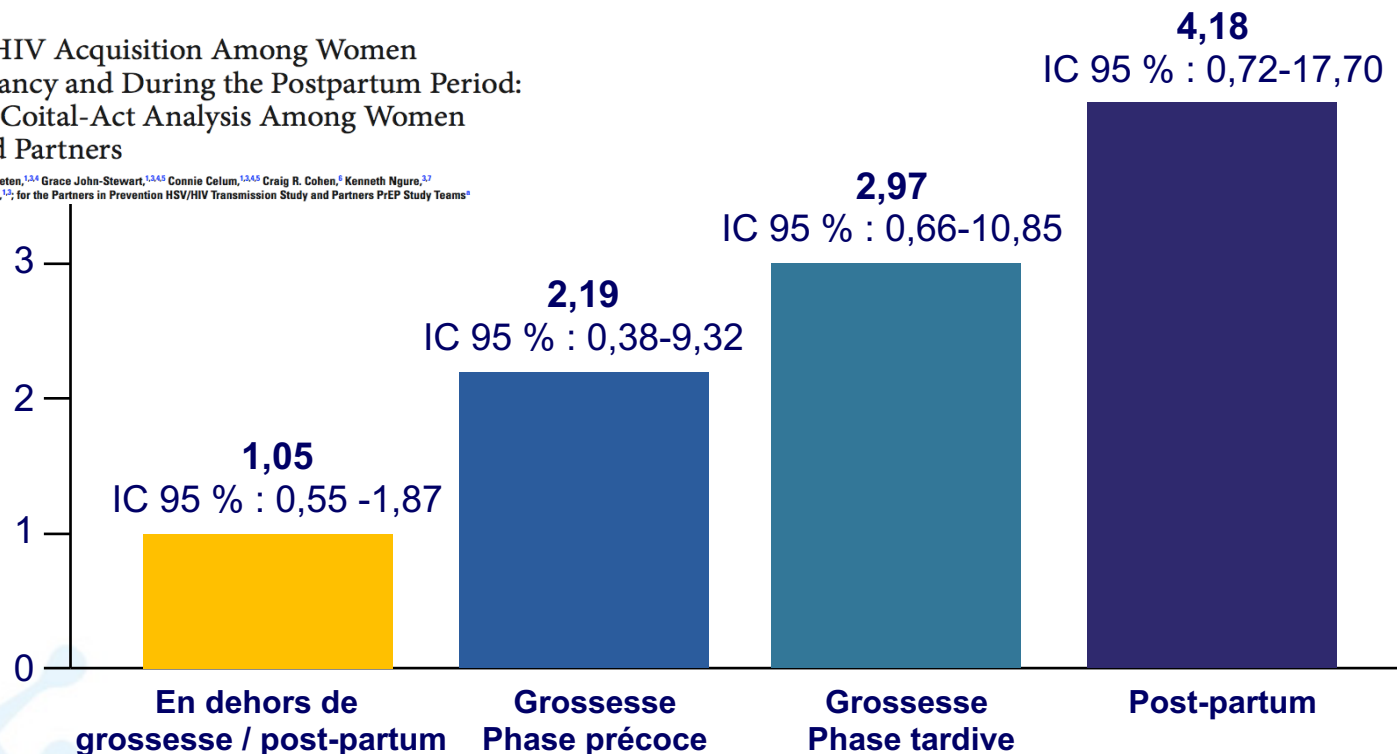
The Journal of Infectious Diseases

MAJOR ARTICLE



Increased Risk of HIV Acquisition Among Women Throughout Pregnancy and During the Postpartum Period: A Prospective Per-Coital-Act Analysis Among Women With HIV-Infected Partners

Kerry A. Thomson,¹ James Hughes,² Jared M. Baeten,^{1,3,4} Grace John-Stewart,^{1,3,4,5} Connie Celum,^{1,3,4,5} Craig R. Cohen,⁶ Kenneth Ngiro,^{3,7} James Kiari,⁸ Nelly Mugo,^{1,9} and Renee Heffron,^{1,9} for the Partners in Prevention HSV/HIV Transmission Study and Partners PrEP Study Teams^a



* Calculée en considérant comme infectiosité de référence celle d'une femme de 25 ans, non enceinte, n'utilisant pas de PrEP, et dont le partenaire VIH+ a une CV plasmatique de 10 000 c/ml

Situations ...

- *Pec du projet d'enfant chez une femme infectée par le VIH*
- Globalement Deux situations

1) Le VIH est **découvert** alors que la femme est déjà enceinte et il faut **vite** organiser le suivi de la grossesse et de l'infection afin d'appliquer au mieux les mesures de prévention de la transmission Mère/Enfant et les choix obstétricaux et pédiatriques (idem si la femme est VIH+ mais n'était pas suivie)

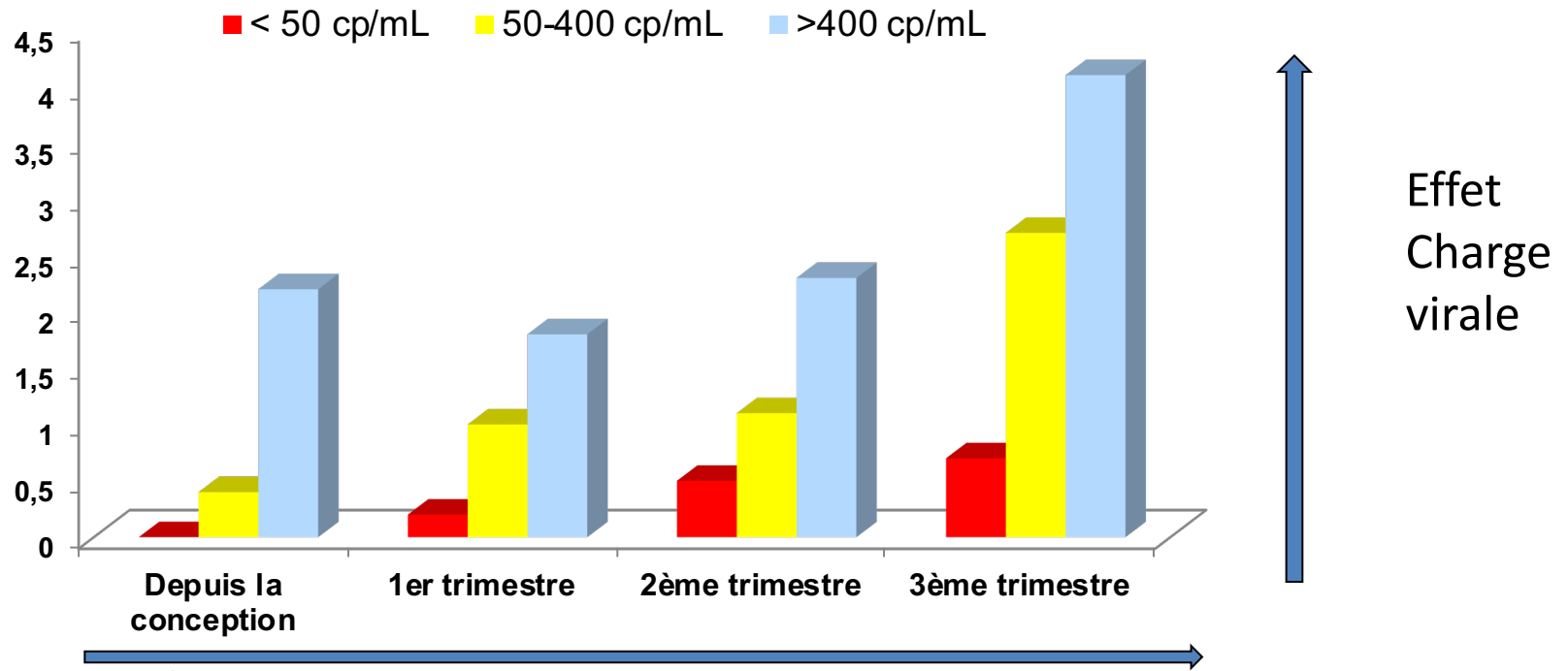
2) La femme (idéalement le couple ...) est suivie et traitée pour son VIH et là on peut parler de **projet** , qui comprendra les évaluations cliniques, virologiques , gynécologiques, celles du partenaire, le choix des traitements adaptés , Le passé obstétrical, Les choix de modalités d'accouchement.. Plannifier avant la conception et au calme ..

Désir d'enfant chez les PVVIH

- **Prise en charge pré-conceptionnelle** : modalités de conception, ARV
- évaluer les **conditions d'une procréation naturelle selon 3 volets** :
 - virologique : traitement ARV avec bonne observance, **charge virale plasmatique <50 c/ml depuis au moins 6 mois ; ne pas proposer de PrEP (Prophylaxie pré-exposition)** sauf situations exceptionnelles
 - génital : **absence d'infection, d'inflammation ou de lésion génitale**
 - **fertilité** de l'homme et de la femme : **explorations à envisager en cas d'âge de la femme > 35 ans et/ou antécédents à risque d'infertilité ; orienter vers l'AMP les couples en cas d'infertilité**
- **traiter un VHC** chez les femmes avant de débiter une grossesse
- **contrôler la sérologie VIH du ou de la partenaire non-infecté(e)** tous les 6 mois et de façon plus rapprochée chez la femme en cas de grossesse

Zéro transmission lorsque cART commencées avant la conception si CV bien contrôlée

EPF 2000-2010, n=8075

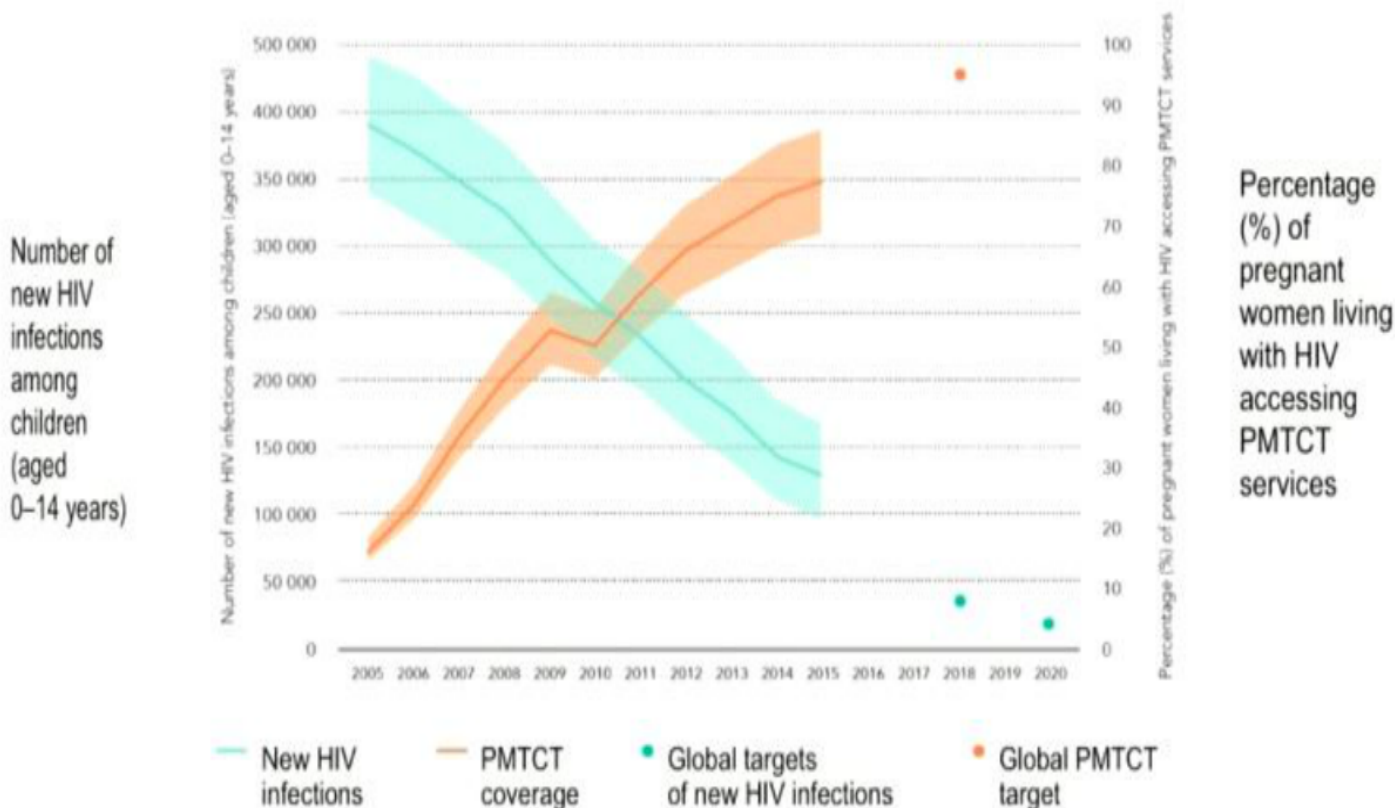


0% [0.0 - 0.1]
N=2996

Effet moment début traitement

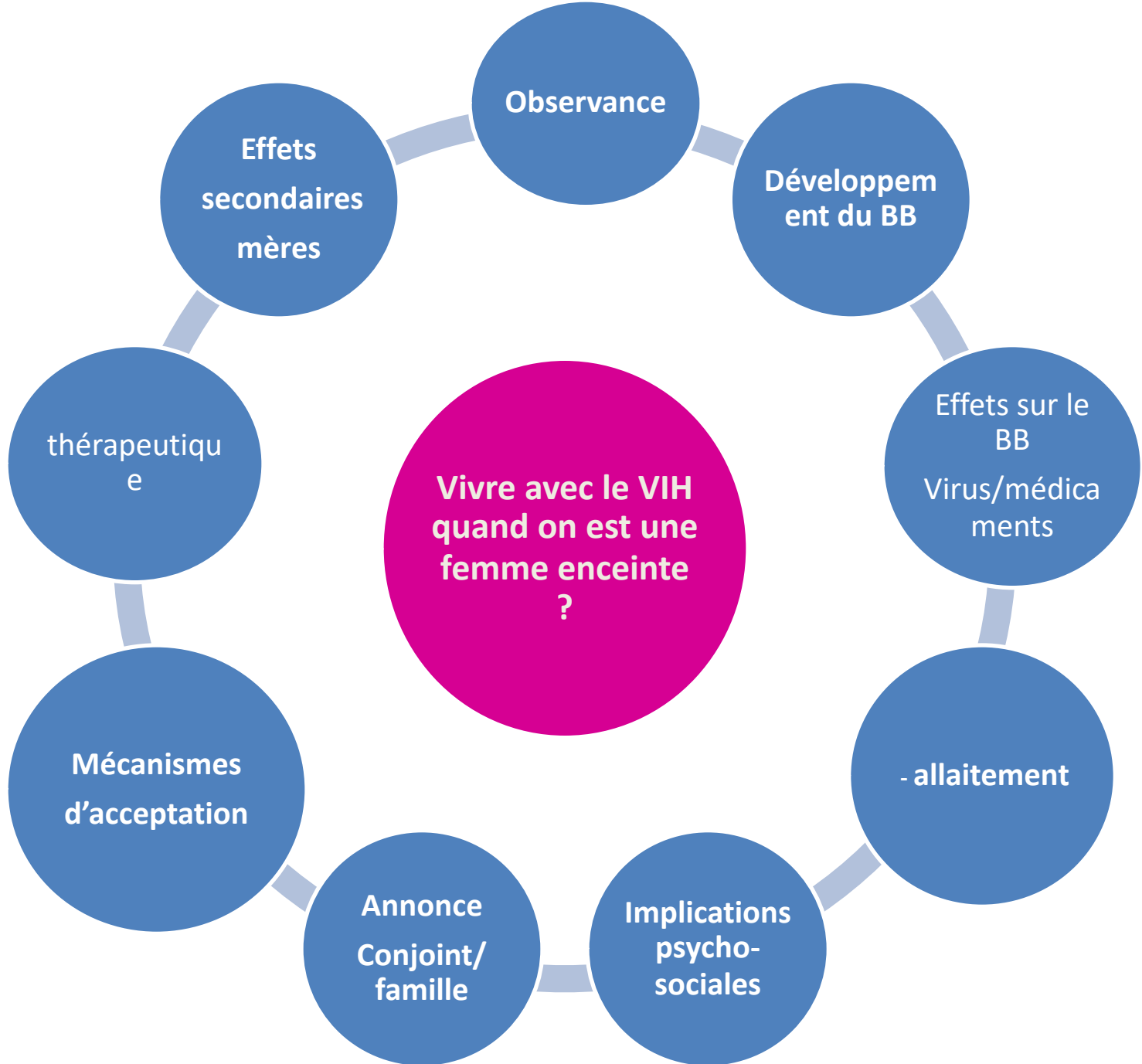
The success of PMTCT

New HIV infections among children (aged 0–14 years) and percentage of pregnant women living with HIV receiving antiretroviral medicines (either prophylaxis or lifelong therapy) to prevent mother-to-child transmission, global, 2005–2015



Source: UNAIDS 2016 estimates.

Note: In 2010, single-dose nevirapine was no longer included in ARV coverage as an effective regimen for the prevention of mother-to-child transmission.



Suivi biologique

Bilan pré-thérapeutique à récupérer ou à réaliser en cas d'initiation du traitement :

- nadir de CD4, ARN-VIH, génotype de résistance viral aux ARV, HLA-B*5701
- Examens standards de début de grossesse : Groupe-Rh, RAI, sérologies VHB, VHC, syphilis ; toxoplasmose et rubéole (si non documentées ou négatives antérieurement)

Suivi du traitement, :

- **mensuel** : charge virale VIH, NFS-plaquettes, transa, créat, BU
- trimestriel : lymphocytes CD4
- À 24-28 SA : HGPO 75 g
- Dosages des ARV au cas par cas ; recommandés si la charge virale VIH n'est pas indétectable au 3e trimestre de la grossesse
- Adapter selon les ARV, l'évaluation clinique et l'observance

Suivi obstétrical/ Suivi VIH

- Préconceptionnel !
- Prénatal mensuel : grossesse à haut risque, notamment de prématurité
- Pluridisciplinarité dans l'équipe périnatale et avec infectiologue, RCP (staff)
- Renforcement du suivi si prise en charge tardive, patho obstétricale, difficultés psycho-sociales, pb observance (hospitalisation si besoin)
- Evaluation vers 36 SA, CAT clairement tracée : mode d'accouchement, perfusion AZT ou non, traitement du Nne

Choix des antirétroviraux pendant la grossesse

- Propriétés pharmacocinétiques
- Efficacité
 - Suppression de la charge virale VIH dans le plasma avant l'accouchement
 - Suppression de la charge virale VIH dans le lait
- Toxicité
 - Mère
 - Enfant (s)

Risques connus des antirétroviraux

Mais: Bénéfice > Risque

Chez le fœtus

- malformations (efavirenz, AZT) (*Sibiude, PloSMed 2014*)
- toxicité héματο (anémie ++) (AZT) (*Connor, NEJM 1994, Le Chenadec 2003, Noguera 3003, ECS 2004, Pacheco 2006*)
- cytopathies mitochondriales (AZT-3TC) *Connor, NEJM 1994, Le Chenadec 2003, Noguera 3003, ECS 2004, Pacheco 2006*

Pour la grossesse

- **Prématurité (IP/r)** 15% vs 7.5% en France (*Sibiude et al, CID 2014*)
- **Petit poids gestationnel**
- **Fausses couches**
- **Mort fœtale in utero**
- **Pré-éclampsies**

Chez le nouveau-né

- Inhibition enzymatique surrénale (lopi/r)
- Os (teno) (*Siberry, CID 2015*)
- **cancer(DDI)** (*Hleyel, AIDS 2016, Benhammou, AIDS 2012*)
- **Cœur (azt)** (*Lipshultz, Am Coll Cardiol 2011, SibiudeCID2015*)

Long terme ??

- **Pb osseux, rénaux (TDF) ?**
- **Cancers ?**
- **Vieillessement ?**
- **Autisme ?**

Chez la mère

- **toutes les toxicités / adulte**

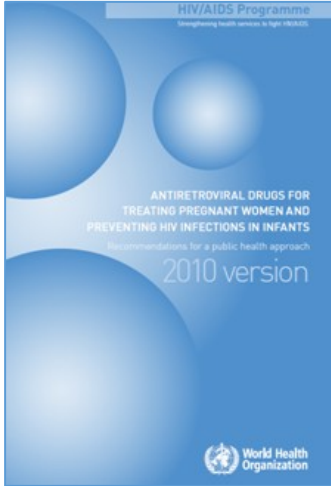
DHHS Recommendations: Initial ART in Pregnant Women 2016

| Guideline Status | NRTIs | PIs | INSTIs | NNRTIs |
|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------------|-----------------|---------------|
| Preferred | 3TC/ABC FTC/TDF 3TC + TDF | ATV/RTV* DRV/RTV* † | RAL* § | |
| Alternative | 3TC/ZDV | LPV/RTV*† | | EFV* RPV*‡ |
| Insufficient data to recommend | FTC/TAF | FPV | DTG EVG/COBI | |

Recommandations OMS

- Depuis janvier 2015, toute femme enceinte infectée par le VIH doit initier :
- **Tenofovir (TDF)** + **Emtricitabine (FCT)** ou **Lamivudine (3TC)** + **Efavirenz**
- Quels que soient le taux de CD4, le stade clinique OMS et l'alimentation de l'enfant

Recommendations OMS



Short-course ARV

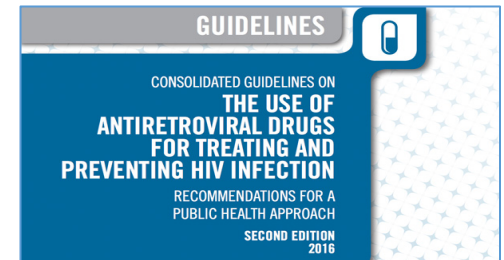
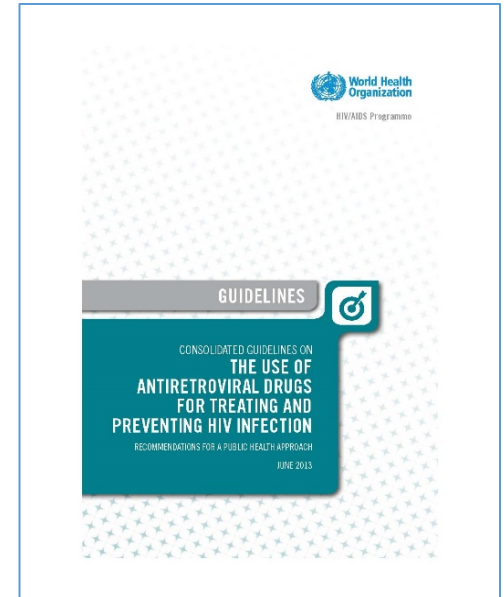
Option A

Option B

Option B+

Test and treat

Same day antiretroviral therapy



VIH et grossesse

Nord et Sud

| | Pays du Nord | Pays du Sud |
|---------------------|---|--|
| Population | Centaines de femmes VIH+ | Millions de femmes VIH+ |
| Régime | Traitement antirétroviral avant la grossesse (+++) 2 INTI + 1 IP | Mixte (nouvelles infections) TDF + FTC + Efavirenz TDF + 3TC + Efavirenz |
| Nombre de comprimés | Variable | 1 comprimé par jour |

Proportions of pregnant HIV-positive women in priority countries receiving antiretroviral medicines to prevent mother-to-child transmission, 2017

| 90+% | 70–89% | 50–69% | <50% |
|--------------|-----------------------------|----------------------------------|-----------|
| Botswana | Burundi | Chad | Angola |
| Eswatini | Cameroon | Democratic Republic of the Congo | Indonesia |
| Lesotho | Côte d'Ivoire | Ethiopia | Nigeria |
| Malawi | Kenya | Ghana | |
| Namibia | Mozambique | India | |
| South Africa | United Republic of Tanzania | | |
| Uganda | | | |
| Zambia | | | |
| Zimbabwe | | | |

Triple antiretroviral compared with zidovudine and single-dose nevirapine prophylaxis during pregnancy and breastfeeding for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 (Kesho Bora study): a randomised controlled trial

*The Kesho Bora Study Group**

Kesho Bora Study Group, Lancet 2011. “Triple antiretroviral prophylaxis during pregnancy and breastfeeding is safe and reduces the risk of HIV transmission to infants.”



Programme PAC-CI
Site ANRS de Côte d'Ivoire



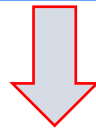
Estimation du taux de la transmission mère-enfant du VIH dans les centres de vaccination en 2017, Côte d'Ivoire

- 20 régions
- 40 districts
- 80 centres de vaccination



Transmission mère-enfant du VIH en Côte d'Ivoire, 2017

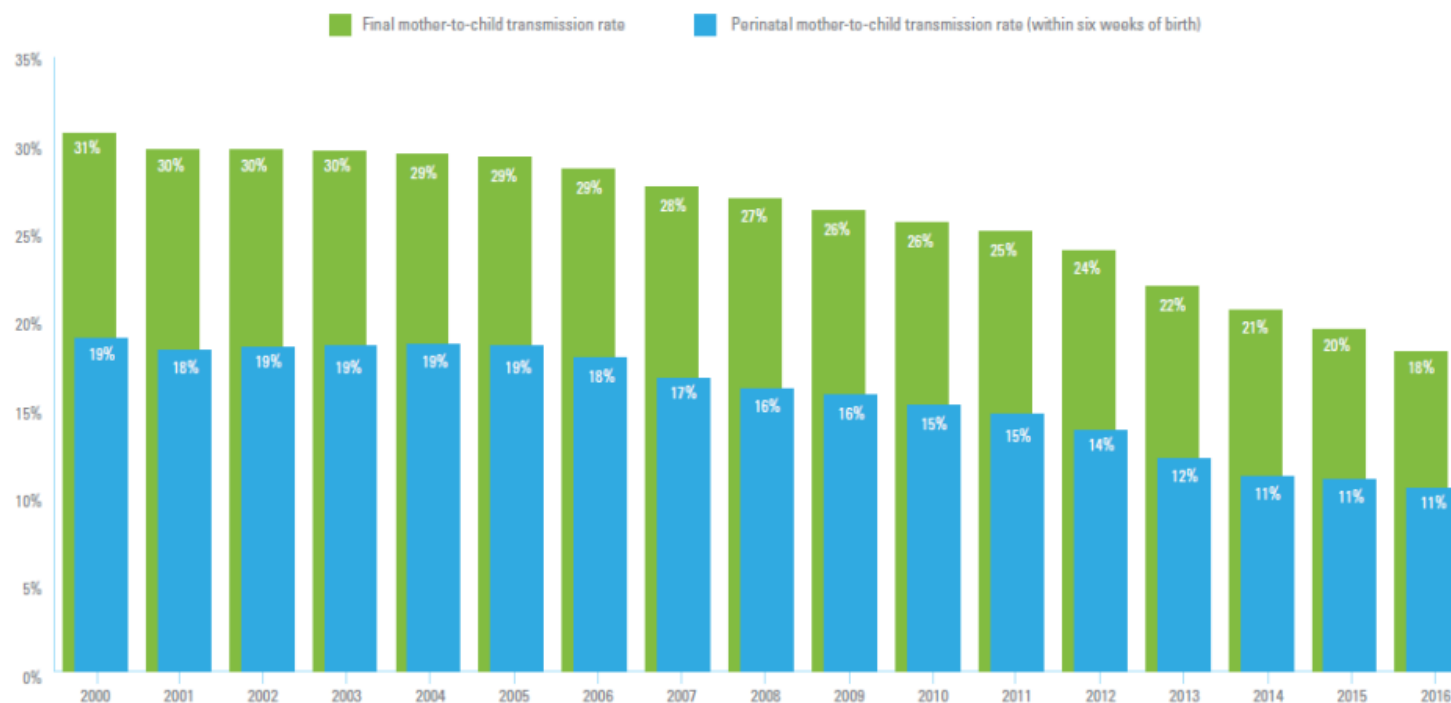
- 8732 couples mère-enfant
 - 99% ont réalisé une CPN
 - 88% ont réalisé un test VIH
- Prévalence du VIH femmes : 2,9% (0,5-6,5%)
 - Couverture en traitement ARV : 80,1%



Taux de TME du VIH : 2,0%
IC 95% [0,6%- 4,7%]

Transmission mère-enfant en Afrique de l'Ouest et du Centre : Niveau populationnel « Estimation »

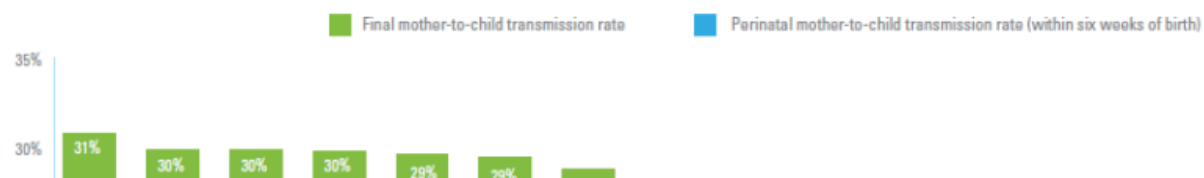
Estimated percentage of infants born to pregnant women living with HIV who become vertically infected with HIV, West and Central Africa, 2000–2016



Source: UNICEF analysis of UNAIDS 2017 estimates.

Transmission mère-enfant en Afrique de l'Ouest et du Centre : Niveau populationnel « Estimation »

Estimated percentage of infants born to pregnant women living with HIV who become vertically infected with HIV, West and Central Africa, 2000–2016



TME du VIH élevé
Difficultés d'accès aux structures de santé

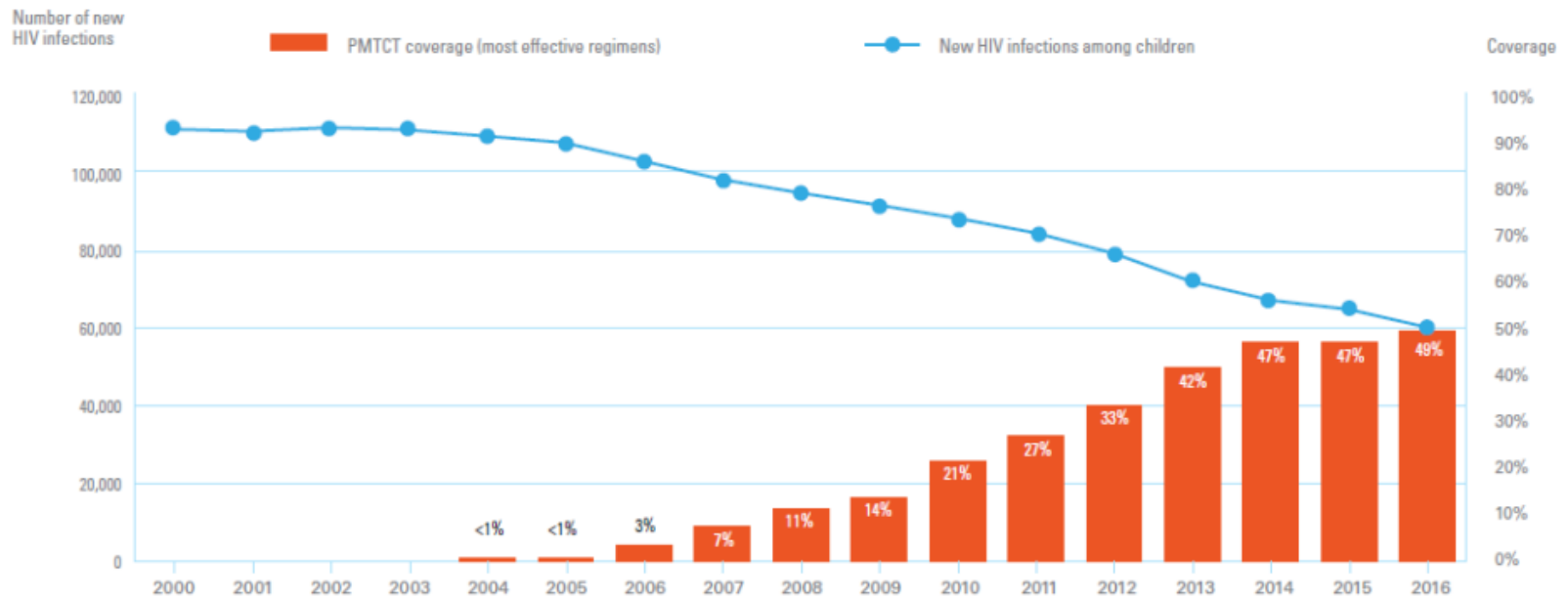


Source: UNICEF analysis of UNAIDS 2017 estimates.

Faible couverture en ARV chez les femmes enceintes infectées par le VIH

Figure 3.1

Percentage of pregnant women living with HIV receiving most effective antiretroviral medicines for PMTCT and new HIV infections among children (aged 0–14), West and Central Africa, 2000–2016



Note: Excludes single-dose nevirapine.

Source: UNICEF analysis of UNAIDS 2017 estimates.

Liens vers les structures de PEC

20%

des femmes dépistées positives n'ont pas reçu de traitement antirétroviral

Retention in care under universal antiretroviral therapy for HIV-infected pregnant and breastfeeding women ('Option B+') in Malawi

Lyson Tenthani^{*a,b,c}, Andreas D. Haas^{*b}, Hannock Tweya^{b,d,e},
Andreas Jahn^{a,c}, Joep J. van Oosterhout^f, Frank Chimbandira^a,
Zengani Chirwa^{a,c}, Wingston Ng'ambi^d, Alan Bakali^g, Sam Phiri^d,
Landon Myer^h, Fabio Valeri^b, Marcel Zwahlen^b, Gilles Wandeler^{b,i,j},
Olivia Keiser^{*b}, for the Ministry of Health in
Malawi and IeDEA Southern Africa

AIDS 2014, **28**:589–598

Option B+ for prevention of mother-to-child transmission of HIV in resource-constrained settings: great promise but some early caution

Nathan Shaffer^a, Elaine J. Abrams^b and Renaud Becquet^{c,d}

AIDS 2014, **28**:599–601

Liens vers les structures de PEC

Faut-il différer l'initiation du traitement antirétroviral les jours suivants ?

- Risque de ne pas revenir pour la première visite
 - Femmes enceintes OR=5,0, IC95% [4,2-6,1]
 - Femmes allaitantes OR=2,2, IC95% [1,8-2,8]

Retention in care under universal antiretroviral therapy for HIV-infected pregnant and breastfeeding women ('Option B+') in Malawi

Lyson Tenthani^{*,a,b,c}, Andreas D. Haas^{*,b}, Hannock Tweya^{b,d,e},
Andreas Jahn^{a,c}, Joep J. van Oosterhout^f, Frank Chimbwandira^a,
Zengani Chirwa^{a,c}, Wingston Ng'ambi^d, Alan Bakali^g, Sam Phiri^d,
Landon Myer^h, Fabio Valeri^b, Marcel Zwahlen^b, Gilles Wandeler^{b,i,j},
Olivia Keiser^{*,b}, for the Ministry of Health in
Malawi and IeDEA Southern Africa

AIDS 2014, **28**:589–598

Option B+ for prevention of mother-to-child transmission of HIV in resource-constrained settings: great promise but some early caution

Nathan Shaffer^a, Elaine J. Abrams^b and Renaud Becquet^{c,d}

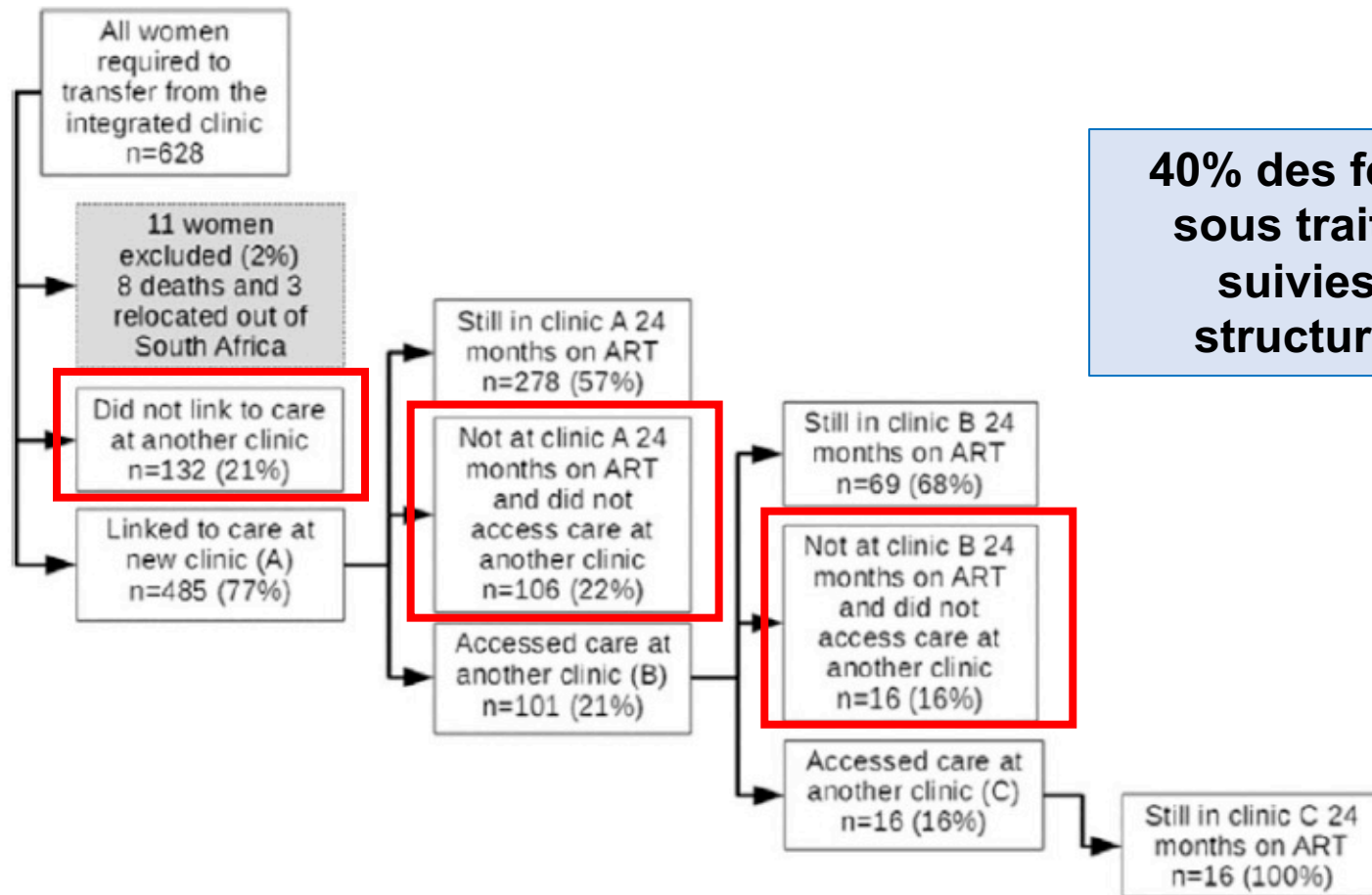
AIDS 2014, **28**:599–601

RESEARCH ARTICLE

Linkage to care, mobility and retention of HIV-positive postpartum women in antiretroviral therapy services in South Africa

Tamsin K Phillips^{1,2*}, Kate Clouse^{3,4}, Allison Zerbe⁵, Catherine Orrell⁶, Elaine J Abrams^{5,7} and Landon Myer¹

*Corresponding author: Tamsin K Phillips, Level 5 Falmouth Building, School of Public Health & Family Medicine, University of Cape Town, Cape Town, South Africa.
Tel: +27 21 650 1646. (tk.phillips@uct.ac.za)

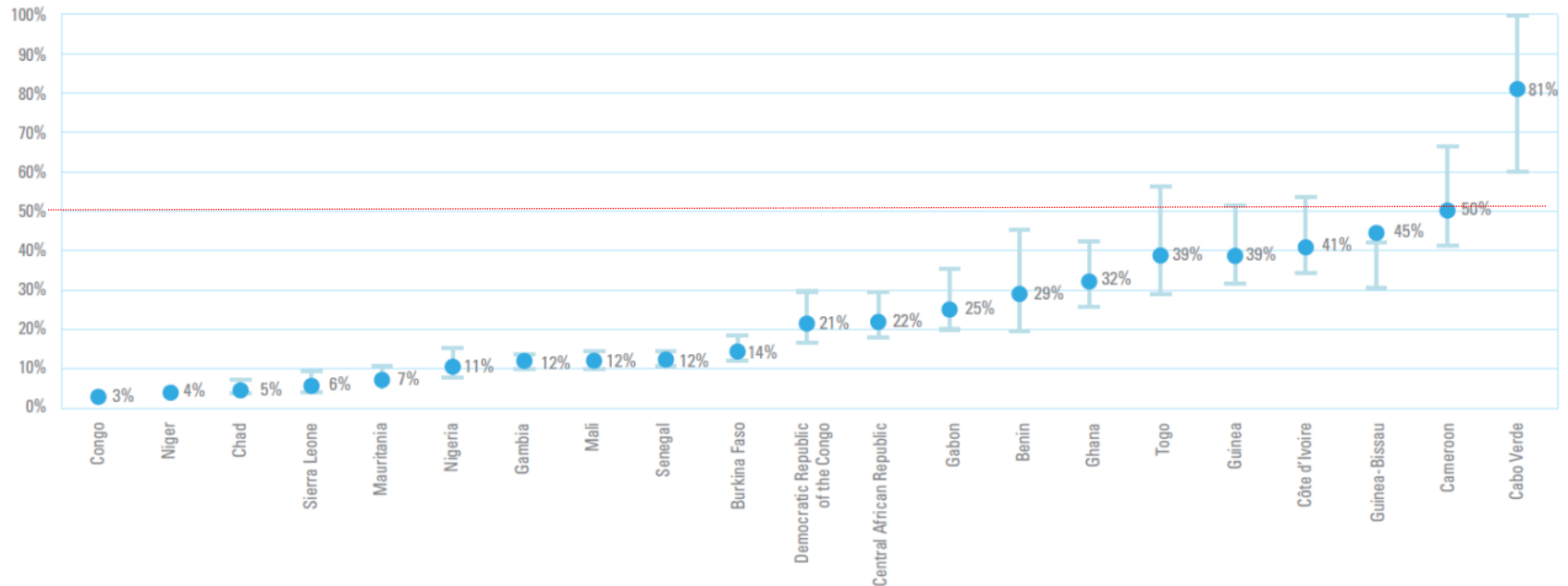


40% des femmes VIH+ sous traitement non suivies dans les structures de PEC

Diagnostic pédiatrique précoce

Figure 3.7

Percentage of infants born to pregnant women living with HIV receiving a virological test for HIV within two months of birth, West and Central Africa, 2016



Utilisation des point of care pour le diagnostic pédiatrique précoce

Exemple de la Côte d'Ivoire

- Alere™q Analyzer & HIV-1/2 Detect Assay (Alere)
 - Pré qualification OMS (Juin 2016)
 - Bonne sensibilité et spécificité par rapport à technique de référence

Diagnostic pédiatrique du VIH : **une heure au lieu de 2 mois**





Alere Rapport du Test

Alere™ q HIV-1/2 Detect

| | |
|------------------------|------------------|
| ID Echantillon | 000081 |
| VIH-1 M/N | Non détecté |
| VIH-1 O | Non détecté |
| VIH-2 | Non détecté |
| N° Résultat | 2 |
| Date/Heure | 2017-03-20 10:51 |
| Id Cartouche | 0573402516 |
| Opérateur | ESSOA |
| N° de série | NAT-04000557 |
| Logiciel | 0.22.10 |
| CQ | |
| Détection échantillon | Réussi |
| Dispositif | Réussi |
| Contrôle positif VIH-1 | Réussi |
| Contrôle positif VIH-2 | Réussi |
| Contrôle négatif | Réussi |
| Analyse | Réussi |

1=Confirmation d'un 1^{er}

RESEARCH ARTICLE

HIV drug resistance patterns in pregnant women using next generation sequence in Mozambique

María Rupérez^{1,2,3*}, Marc Noguera-Julian^{4,5}, Raquel González^{1,2}, Sonia Maculuve¹, Rocío Bellido⁴, Anifa Vala¹, Cristina Rodríguez⁴, Esperança Sevene^{1,6}, Roger Paredes^{4,5,7}, Clara Menéndez^{1,2,3}

Table 3. Frequency of resistance mutations by drug category at enrolment, at delivery and acquired during pregnancy.

| Resistance category | Enrolment (N = 90) | | Delivery (N = 60) | | Acquired during pregnancy (N = 37) | |
|--|--------------------|------|-------------------|------|------------------------------------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| At least one DRM ¹ | 13 | 14.4 | 8 | 13.3 | 5 | 13.5 |
| At least one NNRTI DRM ² | 6 | 6.7 | 5 | 8.3 | 2 | 5.4 |
| At least one NRTI DRM ³ | 8 | 8.9 | 6 | 10.0 | 2 | 5.4 |
| At least one PI DRM ⁴ | 2 | 2.2 | 0 | 0.0 | 1 | 2.7 |
| At least one drug in first-line regime | 7 | 7.8 | 6 | 10.0 | 1 | 2.7 |

¹ Drug resistance mutation

² Non-nucleoside reverse-transcriptase inhibitors

³ Nucleoside reverse-transcriptase inhibitors

⁴ Protease inhibitors

Decreased emergence of HIV-1 drug resistance mutations in a cohort of Ugandan women initiating option B+ for PMTCT

Patrycja Machnowska^{1,2*}, Andrea Hauser², Karolin Meixenberger², Britta Altmann², Norbert Bannert², Eva Rempis¹, Alexandra Schnack¹, Sarah Decker¹, Vera Braun¹, Priscilla Busingye³, John Rubaihayo⁴, Gundel Harms¹, Stefanie Theuring¹

1 Institute of Tropical Medicine and International Health, Charité—Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Germany, 2 Division of HIV and Other Retroviruses, Robert Koch-Institute, Berlin, Germany, 3 Holy Family Virika Hospital, Fort Portal, Uganda, 4 Department of Public Health, Mountains of the Moon University, Fort Portal, Uganda



RESEARCH ARTICLE

HIV drug resistance patterns in pregnant women using next generation sequence in Mozambique

María Rupérez^{1,2,3†*}, Marc Noguera-Julian^{4,5}, Raquel González^{1,2}, Sonia Maculuve¹, Rocío Bellido⁴, Anifa Vala¹, Cristina Rodríguez⁴, Esperança Sevens^{1,6}, Roger Paredes^{4,5,7}, Clara Menéndez^{1,2,3}

Résistance aux antirétroviraux chez les femmes enceintes

- Besoin de données sur les résistances chez les femmes avec la trithérapie antirétrovirale
 - Faible adhérence aux traitement ARV
 - Interruption thérapeutique non programmée

- Essai Trivacan

| | Traitement continu | Interruption programmée | p |
|----------------------------------|--------------------|-------------------------|--------|
| Résistance \geq 1 molécule ARV | 10 (9%) | 76 (24%) | 0,01 |
| \geq 1 NNRTI | 3 (3%) | 66 (21%) | < 0,01 |
| \geq 1 NRTI | 9 (8%) | 59 (19%) | 0,01 |
| \geq 1 IP | 6 (6%) | 3 (1%) | 0,01 |

Vers un modèle de soins intégrés

| IST | Incidence 100 PA |
|------------------------------|------------------|
| <i>Chlamydia trachomatis</i> | 10,87 |
| <i>Trichomonas vaginalis</i> | 7,42 |
| <i>Neisseria gonorrhoeae</i> | 3,92 |
| <i>Treponema pallidum</i> | 1,43 |

The Journal of Infectious Diseases

MAJOR ARTICLE



Targeted Pregnancy and Human Immunodeficiency Virus Prevention Risk-Reduction Counseling for Young Women: Lessons Learned from Biomedical Prevention Trials

Gita Ramjee,^{1,2,3} Reshmi Dassaye,¹ Tarylee Reddy,⁴ and Handan Wand⁵

¹HIV Prevention Research Unit, South African Medical Research Council, KwaZulu-Natal, South Africa; ²Department of Epidemiology and Population Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine, United Kingdom; ³Department of Global Health, School of Medicine, University of Washington, Seattle; ⁴Biostatistics Unit, South African Medical Research Council, Durban, KwaZulu-Natal, South Africa; ⁵The Kirby Institute, University of New South Wales, Kensington, Australia

RESEARCH ARTICLE

Incidence of sexually transmitted infections during pregnancy

Afrique du Sud
Zimbabwe

Chloe A. Teasdale^{1,2*}, Elaine J. Abrams^{1,2}, Mary Ann Chiasson², Jessica Justman^{1,2}, Kelly Blanchard³, Heidi E. Jones¹

Femmes VIH –
MIRA Trial* (n= 4549)

Grossesse N=766
(17%)

C. trachomatis
9,9 / 100 PA

N. gonorrhoea
4,9 / 100 PA

T. vaginalis
9,2 / 100 PA

Pas de Grossesse N=3783
(83%)

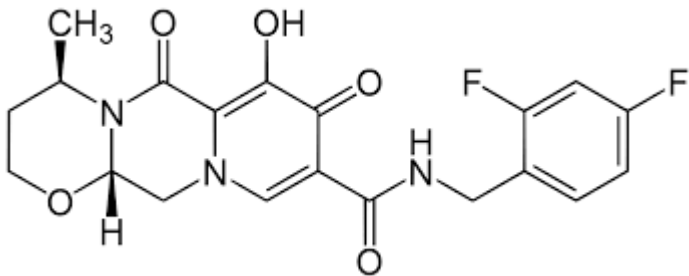
C. trachomatis
6,7 / 100 PA

N. gonorrhoea
2,7 / 100 PA

T. vaginalis
7,1 / 100 PA

* Suivi 24 mois, dépistage IST et VIH

Dolutegravir chez la femme enceinte en Afrique ?



Alerte .. Tout est parti de là ..



Botswana : 2.2 Millions d'habitants, la Suisse de l'Afrique
Mais Prévalence VIH : 22%

Essai Tsepamo, Botswana

- 2014
- 8 plus grandes maternités
- 45% des naissances au niveau national
- Objectif
 - Surveiller la survenue de malformations chez les nouveau-nés exposés ou non au VIH
 - Déterminer l'apparition **d'anomalies de fermeture du tube neural** chez les enfants exposés à l'Efavirenz lors de la conception

Essai Tsepamo, Botswana

- En 2016, le Botswana a été **le premier pays** à introduire le dolutegravir (DTG) en première ligne de traitement ARV pour tous les adultes, y compris les femmes enceintes
- Dolutegravir
 - Baisse rapide de la charge virale plasmatique
 - Bonne tolérance
 - Coût du traitement : 75 dollars par an

Comparative safety of dolutegravir-based or efavirenz-based antiretroviral treatment started during pregnancy in Botswana: an observational study



Rebecca Zash, Denise L Jacobson, Modiegi Diseko, Gloria Mayondi, Mompoti Mmalane, Max Essex, Tendani Gaolethe, Chipo Petlo, Shahin Lockman, Lewis B Holmes, Joseph Makhema, Roger L Shapiro

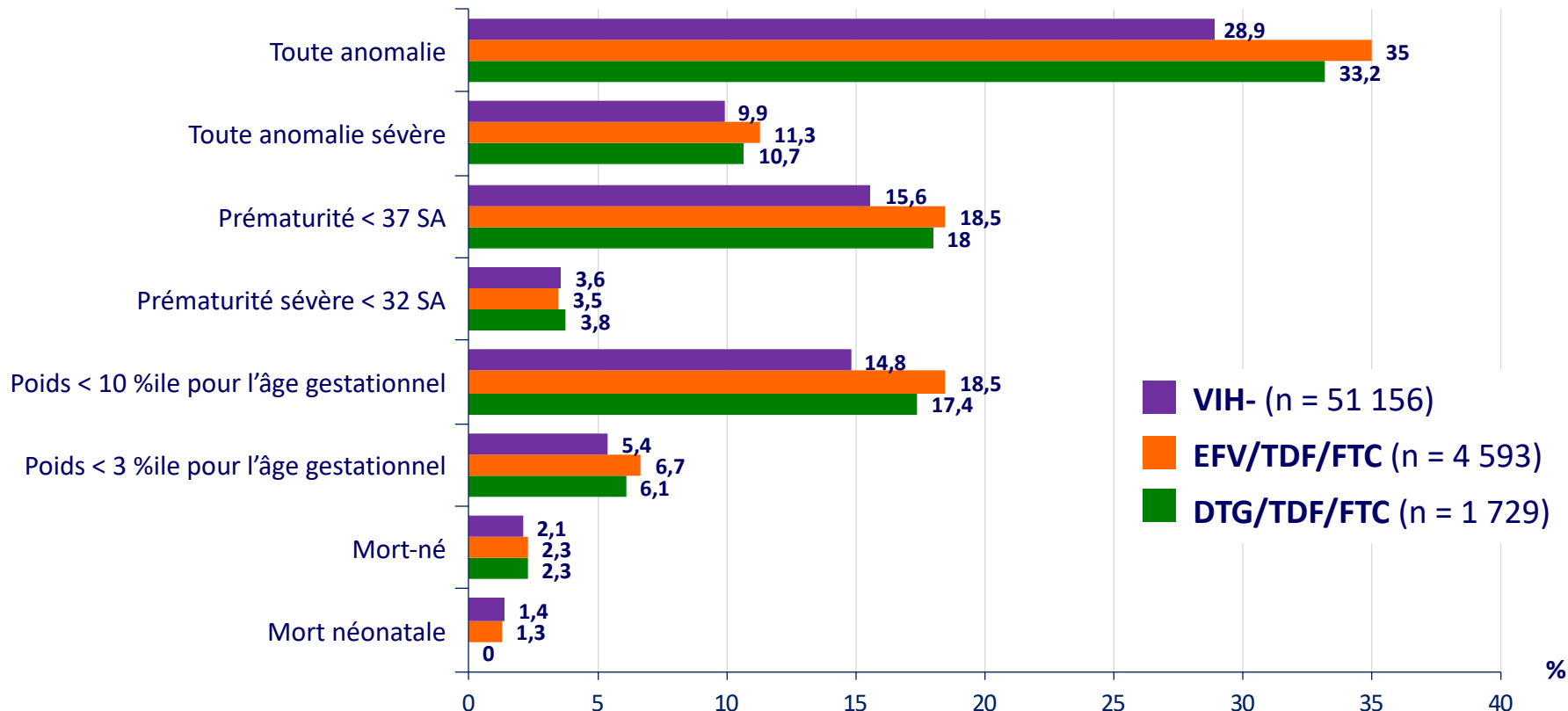


Chez les femmes initiant un traitement pendant la grossesse

Age Gestational à l' initiation de ART 19 SA (14–25) Dolu et 21 SA (16–27) EFV

Findings Our analysis included 1729 pregnant women who initiated dolutegravir-based ART and 4593 who initiated efavirenz-based ART. The risk for any adverse birth outcome among women on dolutegravir versus efavirenz was similar (33·2% vs 35·0%; aRR 0·95, 95% CI 0·88–1·03), as was the risk of any severe birth outcome (10·7% vs 11·3%; 0·94, 0·81–1·11). We found no significant differences by regimen in the individual outcomes of stillbirth, neonatal death, preterm birth, very preterm birth, SGA, or very SGA.

Anomalies à la naissance selon le statut VIH et le traitement ARV démarré après le début de la grossesse (EFV versus DTG) - Botswana



- Plus d'anomalies à la naissance, tout grade confondu, chez les femmes VIH+ par rapport aux femmes VIH-, et ce quelque soit le traitement ARV
- Chez les femmes VIH+, pas de différence en termes d'issue de la grossesse pour un traitement à base d'EFV ou de DTG lorsqu'il est introduit après le début de la grossesse

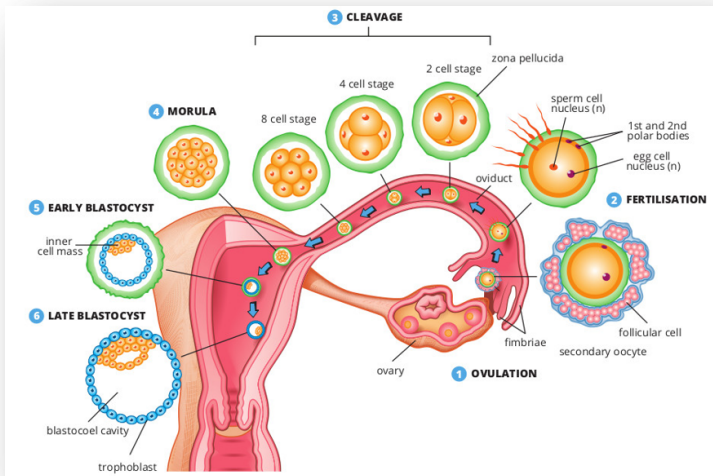
DTG/TDF/FTC Started in Pregnancy Is as Safe as EFV/TDF/FTC in Nationwide Birth Outcomes Surveillance in Botswana

R Zash,^{1,2,3} D Jacobson,⁴ G Mayondi,³ M Diseko,³ J Makhema,³ M Mmalane,³ T Gaolathe,³ C Petlo,⁵ L Holmes,⁶ M Essex,^{2,3} S Lockman,^{2,3,7} R Shapiro^{2,3}

¹*Beth Israel Deaconess Medical Center, Division of Infectious Diseases, Boston, United States;*
²*Harvard TH Chan School of Public Health, Boston, United States;* ³*Botswana Harvard AIDS Institute Partnership, Gaborone, Botswana,* ⁴*Harvard TH Chan School of Public Health, Center for Biostatistics in AIDS Research, Boston, United States;* ⁵*Ministry of Health, Gaborone, Botswana,* ⁶*Massachusetts General Hospital for Children, Boston, United States;* ⁷*Brigham and Women's Hospital, Boston, United States*

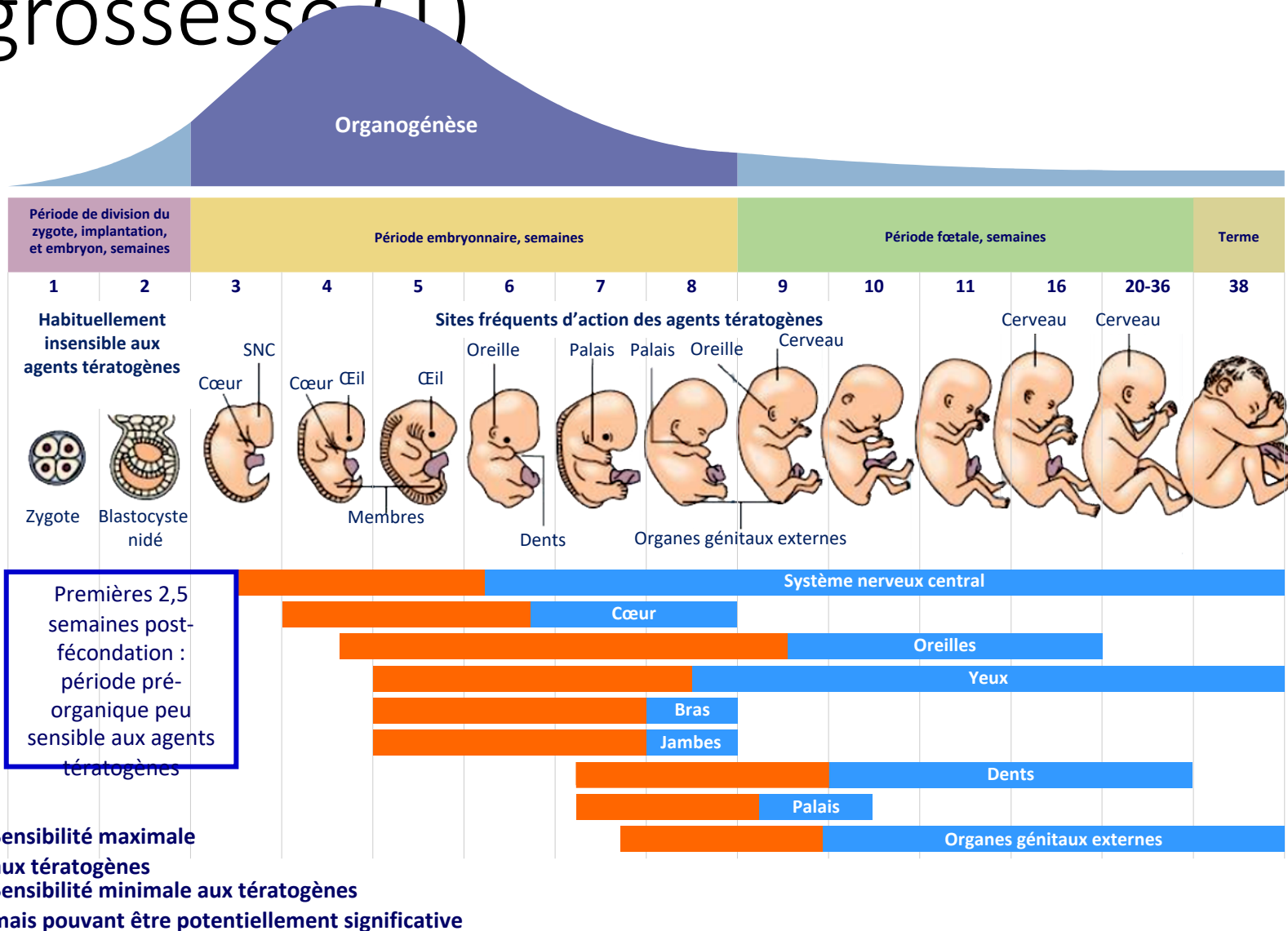


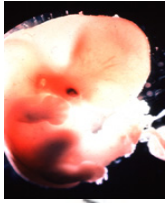
Mais on ne peut conclure sur l'absence de tératogénicité : le Timing bien sur !



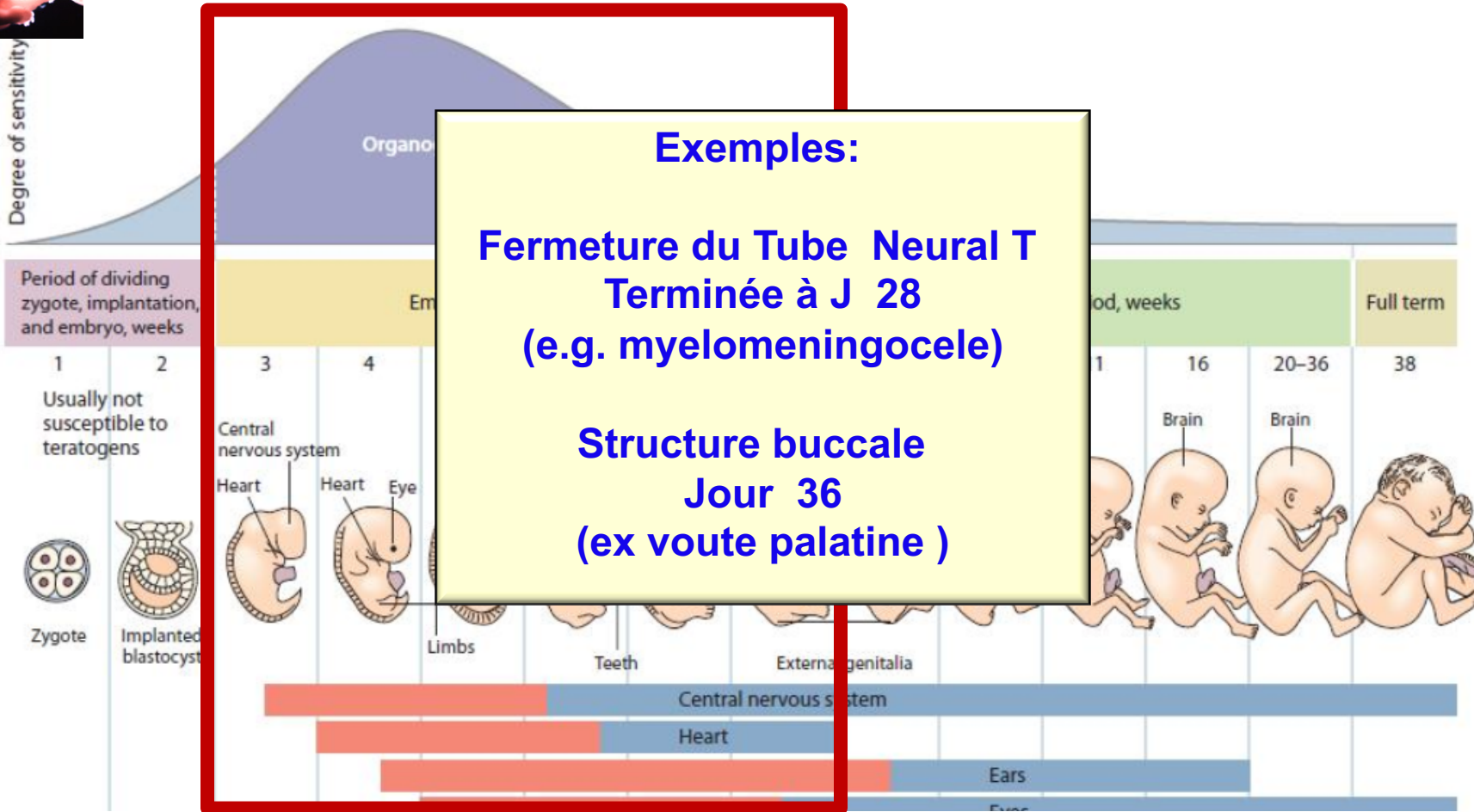
D'après Lynne M. Mofenson
24 Juillet 2018 Amsterdam

Toxicité des ARV pendant la grossesse (1)





Moments de l'exposition *In Utero* ARV et risque Foetal



Exemples:

Fermeture du Tube Neural T Terminée à J 28 (e.g. myelomeningocele)

Structure buccale Jour 36 (ex voute palatine)

Embryogenese:

3 à 8 semaines après la fecondation

Periode de développement des organes principaux

Periode de sensibilité aux teratogenes



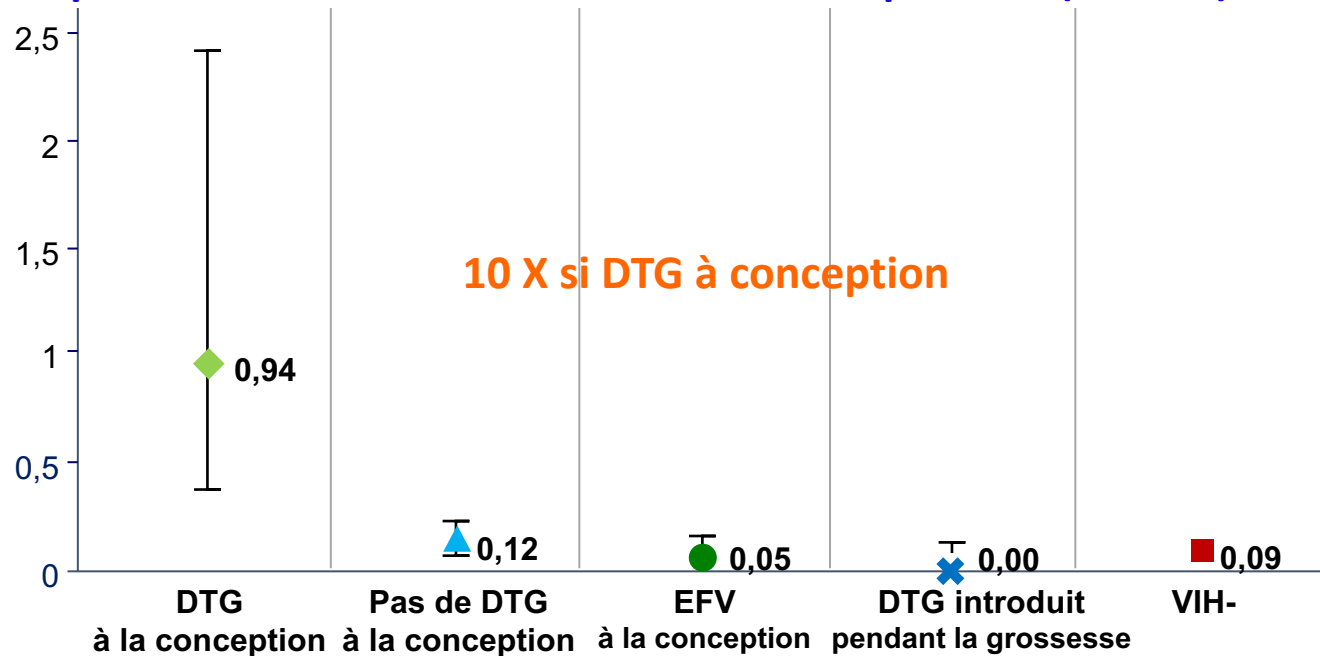
Neural-Tube Defects with Dolutegravir Treatment
from the Time of Conception

- 88 755 naissances
- 86 (0,10 % ; IC₉₅ : 0,08-0,12) anomalies de fermeture du tube neural ont été identifiées
 - 42 cas de méningocèlie/myéломéningocèlie
 - 30 cas d'anencéphalie
 - 13 cas d'encéphalocèlie
 - et 1 cas d'iniencéphalie
- 22 des anomalies chez les enfants mort-nés
- 25/64 (39%) de décès chez les enfants survivants
- Absence de supplémentation en acide folique



Neural-Tube Defects with Dolutegravir Treatment
from the Time of Conception

**Risque d'anomalie de fermeture du tube neural en fonction
de l'exposition aux ARV au moment de la conception, % (IC 95 %)**

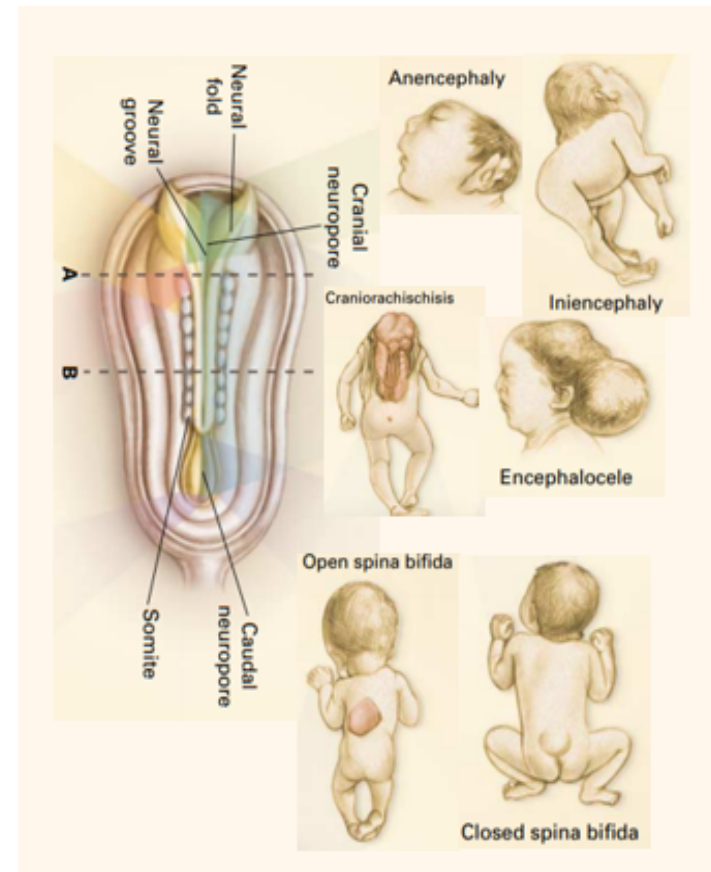


| | | | | | |
|---------------------------------------|------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| AFTN/ exposition, n/N | 4/426 | 14/11300 | 3/5787 | 0/2812 | 61/66057 |
| % avec AFTN (IC 95 %) | 0,94 % (0,37 ; 2,4) | 0,12 % (0,07 ; 0,21) | 0,05 % (0,02 ; 0,15) | 0,00 % (0,00 ; 0,13) | 0,09 % (0,07 ; 0,12) |
| Différence de prévalence (IC 95 %) | réf | -0,82 % (-0,24 ; -2,3) | -0,89 % (-0,31 ; -2,3) | -0,94 % (-0,35 ; -2,4) | -0,85 % (-0,27 ; -2,3) |

AFTN : anomalies de fermeture du tube neural

Neural Tube Defects on DTG at conception

- The 4 defects identified were all pre-specified as NTDs, and included:
 - encephalocele (with photo)
 - anencephaly (no photo)
 - myelomeningocele (with photo)
 - iniencephaly (with photo)
- None of the women were reported to be on folate supplementation PRIOR to pregnancy
 - Botswana does not fortify grains with folate
- Review of maternal data found no other risk factor for NTD present



NEJM Botto 1999



Neural-Tube Defects with Dolutegravir Treatment from the Time of Conception

In conclusion, we found a potential early signal for an increased prevalence of neural-tube defects in association with dolutegravir-based antiretroviral therapy from the time of conception. Our study

is ongoing, and more data are needed to confirm or refute this signal, given the small number of events and the small difference in prevalence.

Conclusions

- Devant un signal de risqué imprévu pour un médicament dont on attend beaucoup...
- L'OMS et les autres agences internationales sanitaires **émettent une Alerte de sécurité concernant le médicament DTG**
- Il peut cependant être utilisé et l'OMS insiste sur le fait que les femmes et adolescentes en âge de procréer auront besoin d'une information pour un choix éclairé afin d'utiliser le DTG associé à une contraception fiable et adaptée .
- Les communautés auront à discuter l'adaptation de ces recommandations à la situation nationale locale dans chaque Pays
- Cette situation est l'occasion d'intégrer et de lier les soins pour le VIH et la santé sexuelle.
- **Les options de planning familial** doivent être disponibles dans les lieux de prise en charge du VIH
- **L'OMS, avec ses partenaires locaux, s'engage à collecter prospectivement et analyser toutes les données disponibles afin de renseigner et de mettre à jour les recommandations concernant cette alerte..**

Mise à jour Juillet 2018

- 4 cas pour 596 grossesses (0,67%)
- Au moment de l'alerte, 4/ 485 soit un risque de 0,96%
- contre 0,12% pour les autres traitements(EFV)

Recommandations OMS 2018 : 1^{ère} ligne de traitement ARV

Schémas ARV recommandés

| Population | Schéma ARV préféré | Alternatives | Situations spéciales |
|--|---------------------------|---|--|
| Hommes adultes et adolescents | TDF + 3TC + DTG * | TDF + 3TC ou FTC + EFV600 ou 400 | ZDV + 3TC + EFV600 |
| Femmes enceintes (à partir de 8 semaines après conception) ou allaitantes ou adolescentes | | | TDF + 3TC (ou FTC) + IP/r ** |
| Femmes et adolescentes avec contraception efficace ou non en âge de procréer | | | |
| Femmes et adolescentes en âge de procréer avec désir de grossesse et absence de contraception efficace | TDF + 3TC ou FTC + EFV600 | TDF + 3TC ou FTC + EFV400 TDF + 3TC (ou FTC) + IP/r ** | ZDV + 3TC + EFV600 TDF + 3TC (ou FTC) + RAL |

** Si prévalence nationale résistance primaire EFV > 10 %

Safety and Efficacy of DTG and EFV600 in 1st line ART (summary 2018 WHO Sys Review & NMA)

| major outcomes | DTG vs EFV ₆₀₀ | QUALITY OF EVIDENCE |
|-------------------------------------|---------------------------|---------------------|
| Viral suppression (96 weeks) | DTG better | moderate |
| Treatment discontinuation | DTG better | high |
| CD4 recovery (96 weeks) | DTG better | moderate |
| Mortality | comparable | low |
| AIDS progression | comparable | low |
| SAE | comparable | low |

Reference: Steve Kainers, For WHO ARV GDG, 16-18
May 2018

WHO, 2018

Approach to use of DTG across different guidelines making bodies

| ART history | Clinical scenarios | DHHS | BHIVA | WHO |
|--|--|--------|-------|--------|
| ART naive or on using a non-DTG containing regimen | Early pregnancy | Red | Red | Red |
| | Late pregnancy | Yellow | Red | Green |
| | Childbearing age potential, not using contraception | Red | Red | Red |
| | Childbearing age potential, using effective/consistent contraception | Green | Green | Green |
| On DTG containing regimen | Early pregnancy | Red | Red | Yellow |
| | Late pregnancy | Green | Green | Green |
| | Childbearing age potential, not using contraception | Red | Red | Red |
| | Childbearing age potential, using contraception | Green | Green | Green |

* The definition of early pregnancy period varies in different guidelines. DHHS: < 8 weeks from LMP; BHIVA : 1st trimester; WHO: < up to 8 weeks from conception.

Do not initiate DTG/ switch to other effective options
 Initiate /continue to DTG or switch to other effective options
 initiate/ switch to DTG

EN CONCLUSION

- Prendre en compte le fait que **les représentations des rôles féminins et masculins participent de façon différente**
 - au risque de contamination par le sida
 - mais aussi au vécu de la maladie, à la qualité de vie, à l'exercice de la sexualité
- **Intégrer dans toutes les formations** (médecins, personnels de santé, médiateurs psychosociaux) **une approche qui prenne en compte l'inégalité de statut social femmes / hommes** et l'impact des projets sur les femmes et les hommes

EN CONCLUSION

- **Développer des partenariats réels entre les structures** pour répondre aux besoins de toutes et tous, Centres de planification, lieux d'écoute et d'information ..
- **Former les soignants à une approche genrée** de la prise en charge
- **Echanger** les expériences et les pratiques : Adapter l'offre aux moyens locaux et former des intervenants qualifiés
- **Permettre une prise en charge d'éducation , dépistages, planification et orientation si nécessaire aux jeunes et aux PVVIH des deux sexes**