

13^E CONFÉRENCE
FRANCOPHONE
INTERNATIONALE



AFRAVIH 2026

4 AU 7 MAI, LAUSANNE, SUISSE



VIH

SANTÉ SEXUELLE

HÉPATITES

INFECTIONS
ÉMERGENTES

WWW.AFRAVIH2026.ORG



Utilisation du GeneXpert® pour la charge virale maternelle à l'accouchement et le diagnostic précoce des nouveau-nés afin d'optimiser la prophylaxie post-exposition et le suivi des nourrissons exposés au VIH-1 en Guinée (ANRS 12412 IPOPOP)

Guillaume Breton¹, Yalikhathou Camara², Aissatou Diallo³, Sény Agnès Soumaoro⁴, Alpha Omar Mansaré⁵, Mamadou Aliou Diallo⁶, Gabriele Laborde-Balen⁷, Margot Lavalée⁸, Solange Lator⁸, Pierre Frange⁹, Roland Tubiana¹⁰, Valériane Leroy¹¹, Mohamed Cisse¹²

¹Solthis, Paris, France ; France ; ²Service de Pédiatrie, CHU Ignace Deen, Conakry, Guinée ; ³Fédération Espoir Guinée, Conakry, Guinée ; ⁴Maternité, CHU Ignace Deen, Conakry, Guinée ; ⁵Solthis, Conakry, Guinée; ⁶PNLSH, Conakry, Guinée ; ⁷IRD_transVIHmi, Montpellier; France; ⁸ANRS-MIE, Paris, France ; ⁹Microbiologie Clinique, Hôpital Necker-Enfants malades, APHP, URP 7328 FETUS, Université Paris Cité, France ; ¹⁰Services des Maladies Infectieuses, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, France ; ¹¹Centre d'Epidémiologie et Recherche en Santé des POPulations (CERPOP), Inserm, Université de Toulouse, Toulouse, France ; ¹²CHU Donka, Conakry, Guinée.



Contexte

- 120 000 enfants sont infectés par le VIH chaque année **mais sous-diagnostiqués**:
 - Faible accès diagnostic précoce néonatal VIH (DPN)
 - Faible rétention dans les soins des enfants exposés au VIH (Nkhonjera J, Glob Pediatr Health. 2021)
- Le **DPN doit être fait par point-of-care (POC)** pour permettre un traitement suffisamment précoce (<8 sem) des enfants infectés (OMS 2017)
- L'OMS (2016) recommande une **prophylaxie ARV différenciée des nouveau-nés** en fonction du risque de transmission verticale (TV)
 - Haut risque : AZT(3TC)/NVP pendant 12 semaines.
 - Faible risque: NVP pendant 6 semaines.
- Le risque de transmission est estimé par :
 - charge virale maternelle au 3^{ème} trimestre dont l'accès est limité (Lesosky, J Int AIDS Soc 2017)
 - Interrogatoire maternel (mais peu fiable en raison de l'auto-stigmatisation) (Breton, J Antimicrob Chemother 2022; Thomas, Plos Med 2011; Kim AIDS 2016; Gabaya, ICASA 2019)

Rationnel du projet IPOPOP

- Introduire la **mesure de la CV maternelle** à l'accouchement par POC (Xpert HIV-1 VL) permettant une **décision immédiate** pour **optimiser la prophylaxie post natale**:
 - 1) limiter les traitements renforcés non justifiés
 - 2) en faire bénéficier les nouveau-nés dont la mère est en échec virologique
 - 3) améliorer le contrôle virologique des mères pendant l'allaitement
- **Mutualisation** du POC pour le DPN (Xpert HIV-1 qual) des enfants exposés dès la naissance (pour les nouveau-nés à haut risque) à 6 semaines et à 9 mois.
- **Réduire le nombre de visites**, en rendant **le résultat le jour de la visite** pour améliorer la rétention dans les soins



Objectifs du projet

Objectif principal:

Evaluer l'opérationnalité de la stratégie: proportion de nouveau-nés ayant bénéficié d'une **prophylaxie ARV post-natale adaptée au risque réel de TV du VIH** défini d'après le résultat de la mesure de la charge virale maternelle par POC à l'accouchement.

Principaux objectifs secondaires:

- Mesurer la **cascade de prise en charge** des mères et des nourrissons exposés au VIH.
- Evaluer la **perception** de la stratégie auprès des mères et des professionnels de santé: étude anthropologique
- Mesurer la proportion de nourrissons bénéficiant d'un **allaitement maternel** exclusif de 6 mois

Poster discuté

Gabrièle Laborde-Balen « **Déterminants de l'allaitement maternel exclusif des nouveau-nés exposés au VIH en Guinée** »;
SPOD0025

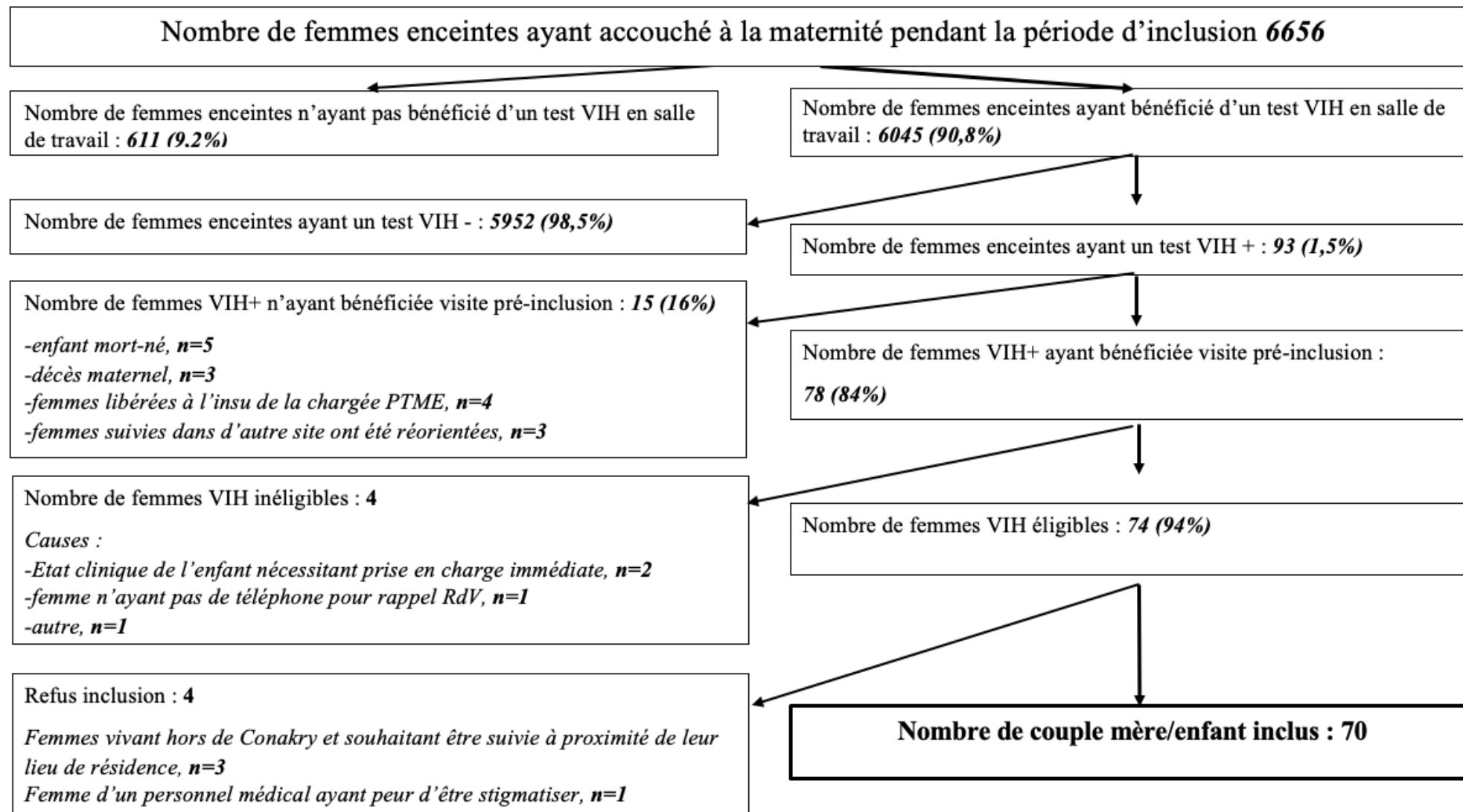
mercredi 6 mai de 13h45-15h15 salle Turin

Méthodes

- **Cohorte prospective** d'une cohorte de couples mère-enfant dont la mère vit avec le VIH-1 et a été prise en charge à l'accouchement au CHU Ignace Deen, Conakry entre mars 2023 et mars 2024.
- **Étude anthropologique** avec 56 entretiens individuels répétés auprès de 18 femmes, 4 conjoints, 5 soignants, 6 associatifs et des observations. Une analyse thématique a été réalisée.
- **Critères d'inclusions:**
 - Femmes vivant avec le VIH-1, que l'infection soit connue ou non, et traitée ou non, lors de l'accouchement
 - Age >18 ans;
 - Ayant signé un consentement éclairé;
 - Ayant un téléphone et acceptant d'être appelée par téléphone pour rappel de visite



Inclusions: mars 2023-mars 2024





Caractéristiques des mères à l'inclusion

	N=70
Age (ans) (médiane, EIQ)	27.0 (24.0, 32.0)
Test VIH antérieur à l'accouchement	
• Connu positif	65 (93%)
• Connu négatif	1 (1.4%)
• Non réalisé	4 (5.7%)
Traitement ARV	
• Initié avant la grossesse	38 (54%)
• Initié au 1 ^{er} ou 2 nd trimestre	17 (24%)
• Initié au 3 ^{ème} trimestre	6 (8.6%)
• Femme non traitée	9 (13%)
Schéma ARV	
• TDF+3TC/FTC+EFV	59 (97%)
• TDF+3TC+DTG	2 (3%)
Résultats charge virale VIH au cours de la grossesse	
• au cours grossesse	11 (18%)
• au cours 3^{ème} Trimestre	6 (10%)

Faisabilité des POC par les soignants (1)

	Xpert HIV-VL (charge virale maternelle)	Xpert HIV-qual (DPN)
Période	Accouchement	Naissance
Nombre de patients	70	12 (1 naissance gémellaire)
Test Xpert® fait	70 (100%)	12 (100%)
Nb de résultats rendus le jour de la visite aux parents	70 (100%)	12 (100%)
Délai de rendu max	<1 jour	<1 jour
Délai moyen entre prélèvement et rendu à la mère (heures) (médiane, EIQ)	2.39 (2.02, 3.30)	1.83 (1.56, 2.13)
Résultats	<u>≥1000 cp/mL: 11 (16%)</u> <1000 cp/mL: 59 (84%)	<u>1 (8%) positif</u> 11 (92%) négatif

Faisabilité POC par les soignants (2)

	Xpert HIV-qual (diagnostique précoce néonatal)	
Période	6 semaines	9 mois
Nombre de patients	65	60
Test Xpert fait	63 (97%)*	60 (100%)
Nb de résultats rendus le jour de la visite aux parents	57 (90%)	54 (90%)
Résultats	60 (95%) négatif 3 (5%) invalide	57 (95%) négatif 3 (5%) invalide

* Panne lecteur code barre

Suivi des nourrissons exposés selon leur risque de TV

Caractéristiques	Total	Nouveau-né à faible risque de TME, N = 59	Nouveau-né à haut risque de TME, N = 12	p
Perdus de vue				
6 semaines	6 (8.5%)	3 (5.1%)	3 (25%)	0.056
6 mois	10 (14%)	7 (12%)	3 (25%)	0.4
9 mois	11 (15%)	8 (14%)	3 (25%)	0.4
Survenue d'événements cliniques				
6 semaines	13 (20%)	11 (20%)	2 (22%)	>0.9
6 mois	5 (8.2%)	5 (9.6%)	0 (0%)	>0.9
9 mois	3 (5.1%)	2 (4.0%)	1 (11%)	0.4
décès	2 (3.2%)	1 (1.9%)	1 (10%)	0.3
Poids naissance	3,000 (2,500, 3,150)	3,000 (2,500, 3,100)	2,665 (2,300, 3,200)	0.4
Poids 9 mois	7,650 (7,000, 8,500)	7,600 (7,050, 8,500)	8,200 (6,700, 9,300)	0.7

Opérationnalité de la stratégie

- **Critère de jugement:** Proportion des nouveau-nés ayant bénéficié d'une prophylaxie ARV néonatale initiée <48H après l'accouchement et adaptée au risque réel de TME évalué par le résultat de la charge virale maternelle à l'accouchement.

83% (IC_{95%} : 74-93%)

Commentaires:

- Tous les NN ont eu une **prophylaxie adaptée le jour de la visite d'inclusion**, traduisant la faisabilité des tests et du rendu des résultats dans la journée par les soignants.
- 12/70 (17%) des enfants exposés n'ont pas pu bénéficier d'une adaptation de la prophylaxie néonatale **basée sur les résultats de la CV maternelle** en raison de visites d'inclusion tardive (>48H) conséquence d'un accouchement lors d'un jour de week-end ou férié, mais NVP administrée en salle de naissance.

Perception de la stratégie par les soignantes

- Satisfaction globale des soignantes: sage-femmes, pédiatre, accompagnatrice psycho-sociale (APS)
 - Renforcement des capacités : manipulation du GeneXpert®
 - Gain d'autonomie : réalisation des PCR, PEC immédiate
 - Meilleure organisation des soins
 - Bénéfice pour les mères et les enfants : dépistage précoce des enfants > amélioration de la qualité des soins

- Difficultés liées à la charge de travail



Perception de la stratégie par les mères (1)

- Globalement les mères et leurs conjoints expriment leur satisfaction sur :
 - La rapidité de rendu des résultats de PCR : anxiété puis soulagement
 - La relation empathique avec les soignantes et les APS (appel téléphoniques)
- Forte attente du dernier résultat : anxiété et sentiment de culpabilité persistants

« Quand on a prélevé l'enfant, j'ai eu des palpitations. J'étais morte de peur, je me disais « Est-ce que je n'ai pas contaminé mon enfant ? On m'a dit que l'enfant n'avait pas de problème. J'ai cru que j'allais pleurer tellement j'étais contente et soulagée » (Assiatou, mère d'un enfant à haut risque)
- Difficultés des mères pour attendre le résultat dans le service :
 - absence prolongée du domicile (activité domestiques, justification de l'absence difficile)
 - Proposition des soignants de rendu téléphonique

Perception de la stratégie par les mères (2)

Risque de transmission verticale

- Compréhension variable « charge virale » et corrélation CV/risque de TME
- Simplification par les soignants « les tests sont bons » ou « n'est pas bon » ou métaphores (les petites chenilles = les virus)
- **Bonne compréhension:**
 - Risque TME et Intérêt du dépistage de l'enfant après un premier test négatif
 - Importance de la prophylaxie donnée à l'enfant

Observance prophylaxie ARV

- Bonne observance du traitement de l'enfant selon les mères, malgré qqes difficultés administration (cp AZT/3TC et sirop NVP)
- Adaptations domestiques:
 - discrétion : médicament donné au moment du bain
 - justification : prescription en raison de la césarienne

Commentaires et conclusion

Cette étude pilote montre:

- La **faisabilité et acceptabilité du GeneXpert®** par les soignants permettant un **rendu quasi-immédiat** des résultats aux mères/parents
 - Intérêt de cette stratégie pour **optimiser la prophylaxie ARV post-natale** et **l'indication du DPN naissance (J0)**
 - La **satisfaction** et bonne **compréhension** des mères/parents favorisant le **maintien dans les soins** des nourrissons exposés
- Intérêt de déployer cette stratégie dans les maternités ayant une activité suffisante (besoin formation, coaching, maintenance, approvisionnement, crédit téléphonique...)



Remerciements

Projet mise en œuvre par:



avec le soutien de:

