



© EGPAF/Zimbabwe/2018/Eric Bond

ÉLARGIR L'ACCÈS AU DÉPISTAGE PRÉCOCE DES NOURRISSONS SUR LE LIEU DE SOINS : APPROCHES DE MISE EN ŒUVRE ET STRATÉGIES POUR LA RÉALISATION DES TESTS

Pour mettre fin au sida chez les enfants et atteindre les cibles « ultraprioritaires » établies pour le VIH pédiatrique, il faut intensifier les efforts visant à identifier rapidement et traiter au plus tôt les nourrissons et les jeunes enfants séropositifs au VIH. En 2017, seuls 51 % de tous les nourrissons exposés au VIH ont subi des tests de dépistage du virus dans l'intervalle recommandé des deux premiers mois de vie, et seuls 52 % des enfants vivant avec le VIH ont bénéficié d'une thérapie antirétrovirale (TAR) pouvant assurer leur survie¹. Sans accès dans les meilleurs délais à un diagnostic et à un traitement, jusqu'à 30 % des enfants infectés par le VIH mourront avant leur premier anniversaire et 50 %, avant leur deuxième anniversaire².

Le dépistage précoce des nourrissons (DPN) sur le lieu de soins, une innovation qui change la donne dans les actions menées à l'échelle mondiale pour mettre fin au sida pédiatrique, est une nouvelle technologie qui permet d'envoyer rapidement les résultats des tests de dépistage précoce du VIH aux soignants et de démarrer dans un court délai la TAR et les soins³ pour les enfants les plus jeunes et les plus vulnérables. L'Organisation mondiale

de la Santé recommande que le délai d'attente entre le prélèvement sanguin et la transmission des résultats au soignant ne dépasse jamais quatre semaines⁴. Alors que le DPN sur le lieu de soins permet de transmettre les résultats le jour même lors de la visite au centre de santé, le délai d'attente des résultats obtenus au moyen des techniques conventionnelles de DPN par analyse en laboratoire dépasse souvent 50 jours⁵. Il a été démontré qu'en réduisant le délai d'obtention des résultats des tests, le DPN sur le lieu de soins accélérerait le démarrage du traitement et augmenterait radicalement le nombre de nourrissons sous TAR⁶.

Depuis 2015, Unitaïd a consacré plus de 150 millions de dollars pour accélérer l'introduction et l'intégration de techniques abordables de DPN dans les programmes nationaux de dépistage. En collaboration avec les partenaires de la mise en œuvre des projets – la Société africaine pour la médecine de laboratoire (ASLM), l'Initiative Clinton pour l'accès à la santé (CHAI), la Fondation Elizabeth Glaser pour la lutte contre le sida pédiatrique (Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation, ou EGPAF) et l'UNICEF – le DPN sur le lieu de soins est

en voie d'être institué et déployé dans 15 pays d'Afrique : Cameroun, Côte d'Ivoire, Eswatini, Éthiopie, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Zambie et Zimbabwe. Bien que ces pays se trouvent à des stades différents de mise en œuvre, l'expérience montre qu'il est possible de déployer efficacement le DPN sur le lieu de soins en ayant recours à un éventail d'approches et de modèles de prestation des services.

Mise en place stratégique des technologies de DPN sur le lieu de soins

Lors de la phase d'introduction des technologies de DPN sur le

lieu de soins et en fonction du but visé et du contexte national, les gouvernements et les parties prenantes du pays auront à déterminer quelles structures de santé sont susceptibles de bénéficier le plus de l'implantation du dépistage sur le lieu de soins, quels instruments sont les plus appropriés pour les divers sites et quelles stratégies pour la réalisation des tests sont les plus pertinentes. Afin d'élargir l'accès au DPN dans les meilleurs délais et d'en maximiser l'impact pour les patients, il faudra élaborer des stratégies de mise en place des technologies de DPN sur le lieu de soins en tenant compte du contexte géographique du réseau de laboratoires et des efforts d'optimisation de ce réseau.

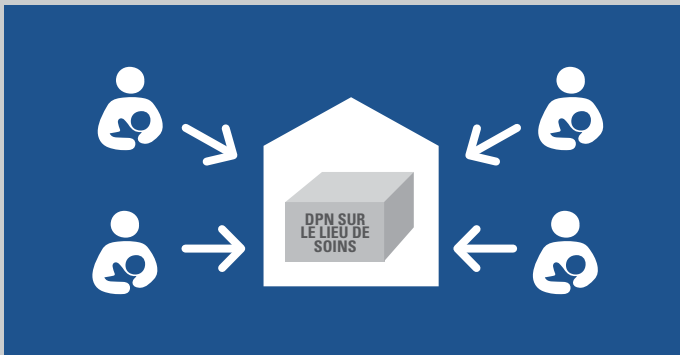
La plupart du temps, une combinaison de stratégies de mise en place et de stratégies de réalisation des tests sera

Figure 1

Stratégies de mise en place et de réalisation des tests pour le DPN sur le lieu de soins

SITE AUTONOME

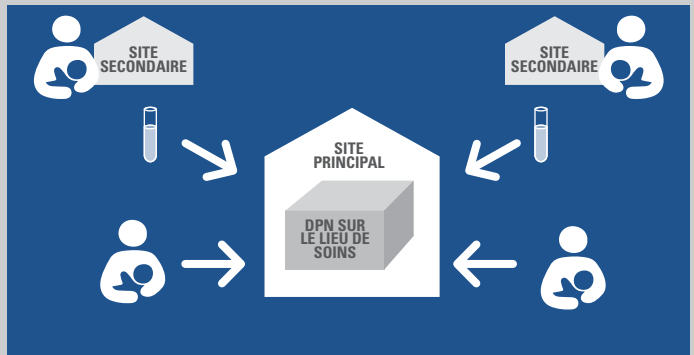
Ce site reçoit les échantillons directement des clients et effectue sur place les analyses de DPN sur le lieu de soins.



Selon ce modèle, le soignant amène le nourrisson à l'établissement sanitaire et les tests sont effectués sur place. Cela pourrait comporter, par exemple, la mise en place d'outil de diagnostic dans une clinique de santé maternelle, néonatale et infantile en vue de dépister les nourrissons exposés au VIH lors de la visite de contrôle ordinaire entre quatre et six semaines après la naissance. Cette stratégie est opportune dans les sites à volume élevé qui offrent le dépistage à une importante population de nourrissons exposés au VIH.

RÉSEAU EN ÉTOILE

Le site principal effectue les analyses pour ses propres patients et pour ceux des sites secondaires. Les sites secondaires à proximité envoient leurs échantillons pour analyse au site principal.



Dans ce modèle, un outil de diagnostic est mis en place dans un centre (site principal) qui reçoit les échantillons envoyés par de multiples centres à proximité (sites secondaires). Le réseau en étoile convient particulièrement bien pour les sites où la participation aux services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) est faible et où la charge de travail des analyses de DPN est légère (moins d'un test par jour). Facteur important, le DPN effectué dans un réseau en étoile à courte distance accroît la portée des outils de diagnostic en place et permet de les appliquer à un plus grand nombre de nourrissons exposés au VIH, car les échantillons peuvent être transportés et analysés quotidiennement, ce qui occasionne un délai d'attente court et prévisible (un ou deux jours). Lors de la planification d'un réseau en étoile à courte distance, il importe de prendre soigneusement en considération la disponibilité ou la faisabilité du transport efficace des échantillons et de la communication rapide des résultats (par ex., par des imprimantes pour SMS), afin de ne pas neutraliser les avantages du dépistage sur le lieu de soins.

nécessaire pour élargir l'accès aux tests, accroître le nombre de cas dépistés séropositifs et optimiser l'utilisation des plates-formes. Deux stratégies clés de mise en place actuellement utilisées consistent à déployer les technologies de DPN dans des sites autonomes et des réseaux en étoile (voir la figure 1). En outre, deux stratégies de dépistage ont été développées lors de la mise en œuvre du DPN sur le lieu de soins : l'analyse d'échantillons provenant de points d'entrée multiples (cliniques de santé maternelle, néonatale et infantile, unités de nutrition, services pédiatriques, etc.) et les tests de diagnostic de plusieurs maladies (par ex., VIH et tuberculose [TB]) sur une même plate-forme (voir la figure 1). Il est possible de combiner chaque stratégie de mise en place avec des stratégies pour la réalisation des tests de façon à mieux les adapter au système de santé et au contexte épidémiologique locaux.

Élargir l'accès au DPN aux points d'entrée PTME et non-PTME

Du fait qu'en 2017, seuls 51 % de tous les nourrissons exposés au VIH ont été testés dans l'intervalle recommandé des deux premiers mois de vie, il est essentiel d'accroître l'accès au DPN sur le lieu de soins non seulement dans le cadre des programmes de PTME, mais aussi aux autres points d'entrée, afin de pouvoir dépister les nourrissons exposés au VIH et ceux séropositifs qui passent entre les mailles du filet.

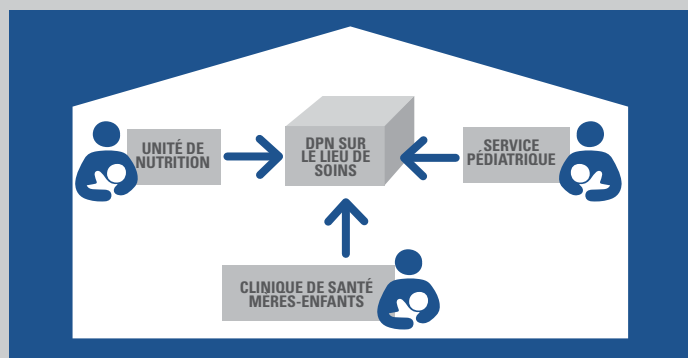
Si les programmes de PTME couvrent 80 % des femmes enceintes séropositives à l'échelle mondiale (1,1 million), on a néanmoins enregistré en 2017, 180 000

Figure 1 (continué)

Stratégies de mise en place et de réalisation des tests pour le DPN sur le lieu de soins

SITE AUTONOME

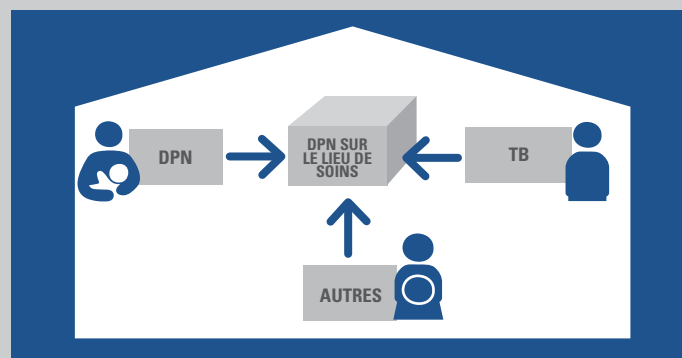
Le site reçoit les échantillons directement des clients et effectue sur place les analyses de DPN sur le lieu de soins.



Dans le cadre de cette approche, un outil de diagnostic est utilisé pour analyser les échantillons provenant de multiples services ou cliniques faisant partie de la même structure de santé. Par exemple, un outil de diagnostic peut être mis en place dans le laboratoire d'un hôpital régional ou de district, et les échantillons peuvent provenir de différentes structures ou unités, notamment des cliniques de santé maternelle, néonatale et infantile, des services pédiatriques hospitaliers et des unités de nutrition.

SITE DE TESTS INTÉGRÉS

L'outil de diagnostic permet de réaliser différents types de tests sur le lieu de soins (par ex., DPN, tuberculose, autres).



Selon ce modèle, un outil de diagnostic sur le lieu de soins qui possède une capacité de multiplexage peut être utilisé pour procéder à différentes analyses comme le DPN, la mesure de la charge virale, ainsi que les analyses de dépistage de la TB et de sa résistance aux médicaments. L'analyse intégrée permet à un site d'utiliser davantage l'instrument et de desservir un éventail plus varié de populations de patients. Par exemple, dans bien des pays, les machines Cepheid GeneXpert déjà en place qui ont été initialement installées pour le diagnostic et l'analyse de la pharmacorésistance de la TB affichent souvent de faibles taux d'utilisation. L'intégration des fonctionnalités TB-DPN dans des outils de diagnostic de ce genre offre la possibilité de mettre à l'échelle de façon économique le DPN sur le lieu de soins. Cette stratégie est particulièrement utile dans des contextes où la charge de travail liée aux tests de DPN sur le lieu de soins est faible et n'est pas susceptible de concurrencer les besoins d'utilisation des instruments pour les tests de diagnostic de la TB.

nouvelles infections au VIH chez les enfants et environ 280 000 paires mère-nourrisson qui ne recevaient pas de services de PTME. En l'absence d'un traitement antirétroviral chez les mères qui sont enceintes ou qui allaitent, les taux de transmission de la mère à l'enfant se situent entre 15 % et 45 % (en fonction de la présence et de la durée de l'allaitement)⁷, ce qui indique qu'une proportion considérable des nouvelles infections au VIH touche des nourrissons ne faisant pas partie de programmes de PTME. Par ailleurs, selon des estimations effectuées pour 2018 par le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), on estime à 47 % les nouvelles infections pédiatriques qui surviennent après la naissance, durant la période d'allaitement⁸. Cette situation est vraisemblablement imputable à divers facteurs, parmi lesquels on compte notamment des problèmes liés à l'observance de la TAR chez les femmes qui allaitent pendant la période post-partum⁹ et des cas non diagnostiqués de VIH contracté par des femmes pendant la grossesse ou la période d'allaitement¹⁰.

L'augmentation de l'accès au DPN sur le lieu de soins tant dans le cadre des programmes de PTME qu'aux autres points d'entrée est donc d'une importance cruciale pour combler la lacune qui existe entre le dépistage du VIH et son traitement dans le contexte pédiatrique, et

Élargir l'accès au DPN sur le lieu de soins tant dans le cadre des programmes de PTME qu'aux autres points d'entrée est donc d'une importance cruciale pour combler la lacune qui existe entre le dépistage du VIH et son traitement dans le contexte pédiatrique, et pour dépister des nourrissons séropositifs qui, sinon, pourraient être laissés pour compte par les techniques de DPN conventionnelles.

pour dépister des nourrissons séropositifs qui, sinon, pourraient être laissés pour compte par les techniques de DPN conventionnelles. On dispose de plus en plus d'indications sur le fait que l'expansion de l'accès au DPN sur le lieu de soins par des points d'entrée tels que des services pédiatriques et des cliniques de nutrition faisant partie intégrante du même établissement sanitaire, offre d'importantes possibilités d'identifier les nourrissons séropositifs non encore détectés et de les diriger rapidement vers les services de traitement. Une étude systématique, doublée d'une méta-analyse, portant sur le rendement diagnostique des



tests VIH pour des populations pédiatriques dans quatre contextes (soins pédiatriques pour patients hospitalisés, soins pédiatriques ambulatoires, centres de nutrition et cliniques de vaccination) a observé une prévalence particulièrement élevée du VIH pédiatrique dans les unités de patients hospitalisés (21,1 %) et les centres de nutrition (13,1 %) ¹¹. Une récente étude qui a évalué en Ouganda la prévalence du VIH chez les nourrissons recevant des soins dans diverses structures de soins de santé primaires qui constituent des points d'entrée (PTME, vaccination, hospitalisation, nutrition, soins ambulatoires et services d'approche communautaires) a obtenu des résultats similaires. Parmi tous les points d'entrée, les centres de nutrition et le dépistage chez les patients hospitalisés constituaient ensemble la source de la majorité des nourrissons séropositifs identifiés (68 %) ¹². En outre, dans les points d'entrée tels que les centres de nutrition et les unités pédiatriques hospitalières, où les nourrissons exposés

au VIH sont souvent malades ou séjournent seulement pour une brève période, le DPN sur le lieu de soins permet d'effectuer un dépistage rapide et de démarrer le traitement chez les nourrissons séropositifs avant qu'ils ne soient autorisés à sortir.

Enfin, en vue de réduire le nombre de nouvelles infections pédiatriques, il faut redoubler d'efforts pour accroître le nombre de mères qui reçoivent des soins dans le cadre des programmes de PTME. Il faut également, d'urgence, réaliser des tests de suivi des mères et soutenir celles-ci dans leur observance de la TAR pendant la grossesse et la période d'allaitement postnatale. Grâce à des investissements accrus, à une mise à l'échelle accélérée et à une intégration stratégique des technologies de DPN sur le lieu de soins dans les systèmes nationaux de dépistage, il sera possible d'atteindre l'objectif d'une génération sans sida.



1. Rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le sida, 2018, et estimations de l'ONUSIDA pour 2018.
2. Newell, Marie-Louise, et al., « Mortality of Infected and Uninfected Infants Born to HIV-Infected Mothers in Africa: A pooled analysis », *The Lancet*, vol. 364, no 9441, 2004, p. 1236–1243.
3. Pour consulter les lignes directrices les plus récentes de l'Organisation mondiale de la Santé sur les schémas thérapeutiques optimaux pour les nourrissons et les enfants, voir : [The 2018 Optimal Formulary and Limited-Use List for Paediatric ARVs](#), OMS, Genève, 2018, et [Update on Antiretroviral Regimens for Treating and Preventing HIV Infection and Update on Early Infant Diagnosis of HIV](#), OMS, juillet 2018.
4. Organisation mondiale de la Santé, WHO Recommendations on the Diagnosis of HIV Infection in Infants and Children, OMS, Genève, 2010.
5. Chiffres fondés sur des données concernant la mise en œuvre du DPN sur le lieu de soins, recueillies par l'EGPAF pour huit pays (mars 2018), ainsi que sur deux études : Jani, Ilesh, et al., « Effect of Point-of-Care Testing on Antiretroviral Therapy Initiation Rates and Retention of Patients: A clustered randomized trial », *AIDS*, 8 mai 2018 ; Mwenda, Reuben, et al., « Significant Patient Impact Observed Upon Implementation of Point-of-Care Early Infant Diagnosis Technologies in an Observational Study in Malawi », *Clinical Infectious Diseases*, 27 février 2018.
6. Jani, Ilesh, et al., « Effect of Point-of-Care Testing on Antiretroviral Therapy Initiation Rates and Retention of Patients: A clustered randomized trial », *AIDS*, 8 mai 2018 ; Mwenda, Reuben, et al., « Significant Patient Impact Observed Upon Implementation of Point-of-Care Early Infant Diagnosis Technologies in an Observational Study in Malawi », *Clinical Infectious Diseases*, 27 février 2018.
7. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, Rapport d'avancement 2015 sur le Plan mondial visant à éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants et maintenir leurs mères en vie, ONUSIDA, Genève, 2015, p. 16.
8. Rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le sida, 2018, et estimations de l'ONUSIDA pour 2018.
9. Myer, Landon, et Tamsen Phillips, « Beyond 'Option B+': Understanding anti-retroviral therapy (ART) adherence, retention in care and engagement in ART services among pregnant and postpartum women initiating therapy in sub-Saharan Africa », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 75, suppl. 1, juin 2017, p. S115–S122.
10. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, Miles to Go: Closing gaps, breaking barriers, righting injustices (Un long chemin reste à parcourir – combler les écarts, rompre les barrières, réparer les injustices), ONUSIDA, Genève, 2018. Synthèse du rapport en français : <http://www.unaids.org/fr/resources/documents/2018/global-aids-update>.
11. Cohn, Jennifer, et al., « Paediatric HIV Testing beyond the Context of Prevention of Mother-to-Child Transmission: A systematic review and meta-analysis », *The Lancet HIV*, vol. 3, no 10, 2016, p. e473–e481.
12. Kiyaga, Charles, et al., « Where Have all the Children Gone? High HIV prevalence in infants attending nutrition and inpatient entry points », *Journal of the International AIDS Society*, vol. 21, no 2, février 2018.



©UNICEF/Cameroun/2018/Schermbrucker



Elizabeth Glaser
Pediatric AIDS
Foundation

