

# FACTEURS CONTRIBUTIFS DE LA NON INTEGRATION DES SOINS DE VIH/SIDA DANS LE PROCESSUS DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES

« Etude menée dans la zone de santé d'ISANGI du 01 Janvier au Décembre 2017, R. D. Congo »

Par Valentin BOLEKALEKA SINGA<sup>1</sup> (Assistant à L'ISTM-YANGAMBI), et Jean Marcel BUSHIRI B'AKAR<sup>2</sup> (Chef de Travaux à L'ISTM -YANGAMBI)

---

## RESUME

*Le système de santé intégré voudrait que le service de santé de base organise les soins curatifs, préventifs promotionnels et réadaptatifs au minimum avec un personnel compétent, polyvalent et responsable. La non intégration de soins peut être le gage de la persistance du VIH/SIDA dans la province de la Tshopo en général et dans la zone de santé d'Isangi en particulier*

*L'étude analyse les facteurs contributifs de la non intégration de soins de VIH/SIDA dans le processus de soins de santé primaire. Pour ce faire, une étude transversale a été menée, pour récolter les données de cette étude ; nous avons fait recours aux techniques d'interview et d'observation. Les résultats auxquels nous avons abouti montre que le système de soins intégrés du VIH/SIDA ne s'effectuent pas de manière satisfaisante dans les formations sanitaires ( FOSA) de la zone de santé d'Isangi à cause de la non opérationnalité de l'intégration de soins dans certains centres de santé à travers la formation insuffisante du personnel de santé sur la prise en charge holistique de cas ; la participation communautaire insuffisante, le manque quasi-total de la déconcentration de services gage de la distribution non équitable des antirétroviraux (ARV) parmi les bénéficiaires et l'absence de la décentralisation du système de santé jusqu'à la périphérie...*

**Mot-clé : Intégration de soins, VIH/SIDA et Soins de santé primaire**

---

## 1. INTRODUCTION

L'idée que la santé de l'homme dépend exclusivement de l'acte médical est aujourd'hui dépassée, les maladies qui perturbent la vie des individus, des familles et des communautés sont exceptionnellement attribuables à des causes isolées alors qu'elles sont dues à un ensemble des facteurs qui se combinent et interagissent entre eux. Le SIDA est une crise d'une nature complexe : il est à la fois une urgence et un problème de développement à long terme. Malgré l'augmentation du financement, de l'engagement politique, et les progrès accomplis pour élargir l'accès au traitement du VIH, l'épidémie de SIDA a une évolution plus rapide que la riposte mondiale. Aucune région du monde n'a été épargnée. L'épidémie reste très dynamique, et se développe en changeant de caractère au fur et à mesure que le virus exploite de nouvelles occasions de transmission. En 2003, près de 5 millions de personnes ont

été nouvellement infectées par le VIH, le chiffre annuel le plus élevé depuis le début de l'épidémie (1).

La portée et l'impact de l'épidémie ne sont pas les mêmes dans toutes les régions ; certains pays sont plus touchés que d'autres et dans un même pays il y a généralement d'importants écarts du niveau d'infection entre provinces, états ou districts.

On estime que 25 millions de personnes vivent avec le VIH en Afrique subsaharienne. Les taux de prévalence du VIH semblent se stabiliser, mais cette impression est principalement due à une hausse des décès imputables au SIDA et à une augmentation continue de nouvelles infections. La prévalence continue d'augmenter dans certains pays comme Madagascar et le Swaziland et recule à l'échelle nationale en Ouganda.

L'Afrique subsaharienne n'abrite guère plus de 10% de la population mondiale mais près des deux tiers du total des personnes infectées par le VIH. En 2003, on estime à trois millions le nombre de nouvelles infections dans la région et à 2,2 millions celui des décès dus au SIDA (soit 75% des trois millions de décès dus au SIDA cette année-là dans le monde).

La RDC se situe dans une phase d'expansion rapide surtout dans les quartiers périurbains où la majorité de la population vit dans des conditions de promiscuité et de précarité socio-économique (2).

Les statistiques de la séroprévalence dans la ville de Kisangani et les districts de la province orientale démembrée sont éloquentes à travers les projections et estimations du VIH en 2016 par le PNLIS qui stipule que la prévalence globale de la RDC s'élève à 4,3%, l'ancienne province orientale 3,9%, la Tshopo 1,6%, la ville de Kisangani 1,04 %, Buta 5,6% et Ituri 4,6%. En outre à travers l'élaboration du plan stratégique national de lutte contre ce fléau axé sur le résultat de 2013-2016 qui a révélé que 42% des Fosa seulement avaient intégré les soins des PVV avec 8000 bénéficiaires des ARV dont 20% ont accès. Ces observations sont préoccupantes et nécessitent l'interdépendance entre les facteurs déterminants des activités de soins<sup>1</sup> ; ceux qui constituent la part importante dans l'évaluation de résultats du programme dans le but d'augmenter l'utilisation des services, baisser le coût du programme et améliorer l'approche globale de la santé publique(3).

Considérant l'inadéquation entre les facteurs susceptibles d'influencer positivement le processus de Soins de Santé Primaires et les déterminants qui sont les éléments qui décident sur les actions à mener pour la réussite du dit système, les résultats de la lutte semblent moins probants. Devant ce contraste les prestataires se heurtent au mode de fonctionnement des principes de soins de santé primaires et cela peut être le gage de la persistance du VIH dans la province de la TSHOPO en général et dans la zone de santé d'ISANGI en particulier.

---

<sup>1</sup> OMS ; op.cit. Conseils rapide sur l'utilisation des ARV pour traiter les femmes enceintes prévenir les infections

Parmi les principes de SSP nous citerons : l'intégration des soins, basée sur les connaissances médicales de personnels, la participation communautaire impliquant la planification sociale et économique par les décideurs, la globalisation de soins qui vise à organiser les soins complets dans les dimensions socio culturelles capables de modifier les mentalités, les croyances, les coutumes et traditions et enfin la décentralisation (autonomie) et la déconcentration des services (proximité) qui ne favorisent nullement pas l'utilisation maximale des services par des nombreux patients qui s'ignorent.

Au regard de ce qui précède, nous sommes arrivés à nous poser les questions suivantes :

Le système de soins intégrés dans les formations sanitaires selon les principes de SSP serait-il efficace et fournit-il les résultats attendu pendant cette période de notre étude ? Si non à quoi sont dues les insuffisances y relatives ?

Le système de soins intégrés du VIH/SIDA ne s'effectuerait pas de manière satisfaisante dans les formations sanitaires (FOSA) de la zone de santé d'ISANGI ; et nous pensons que la défaillance de système de soins intégrés serait dû à ;

- Le non opérationnalité de l'intégration des soins dans certains centres de santé, à travers la formation insuffisante de personnel de santé sur la prise en charge holistique de cas ;
- La participation communautaire insuffisante ;
- Le manque quasiment total de la déconcentration des services gage de la distribution non équitable des ARV parmi les bénéficiaires et
- L'absence de la décentralisation du système de santé jusqu'à la périphérie (autonomie).

En menant cette étude nous nous sommes assigné les objectifs suivants :

- Evaluer l'efficacité de système de soins intégrés dans le programme de VIH/SIDA par rapport au processus des soins de santé primaires ;
- Déterminer les insuffisances y relatives dans les dites formations sanitaires de la zone de santé d'ISANGI

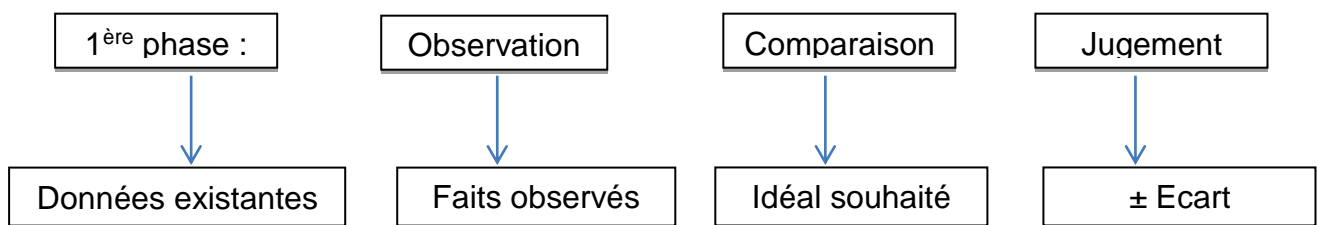
Nous avons limité notre étude dans 9 Aires de santé de la Zone de Santé d'ISANGI pour des raisons suivantes ; L'accessibilité facile de récolter les données dans ces structures et les moyens financiers réduits pour nous permettre de sillonner les autres Aires de santé.

Cependant l'importance attachée à cette étude est celle d'amener les décideurs politique et sanitaire à mieux évaluer les indicateurs d'effets d'un programme de santé publique dans le but de détecter l'inadéquation observée entre les ressources allouées au programme et son exécution. Elle cherche également à identifier les facteurs susceptibles d'influer sur le bon fonctionnement de soins de santé (SSP) à partir d'une évaluation scientifique de système de soins intégrés.

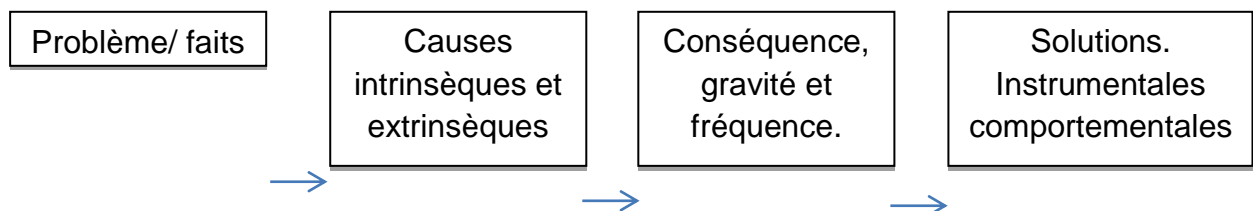
## 2. METHODOLOGIE

La population de notre étude est constituée de l'ensemble des personnels de santé (PS). C'est une étude transversale dont la collecte des données a duré 12 mois. La population cible était de 50 Professionnels de santé. Cette étude a contribué à répondre aux questions fondamentales dont les réponses sont essentielles pour la réussite de l'intégration de soins des PVV/SIDA :

Pour récolter les données relatives à notre étude, nous nous sommes servis de l'interview et l'observation axées sur la méthode descriptive à visée analytique qui recourt à la résolution rapide d'un problème donné en réunissant les informations sur chaque élément impliqué dans le processus à partir d'un questionnaire d'enquête. Illustré par le schéma ci-dessous ;



### Phase d'analyse des facteurs



Quant à l'interview, elle a visé spécialement les professionnels de santé à travers un questionnaire axé sur :

- La décentralisation du système de santé et intégration du programme.
- L'engagement et la participation communautaire au programme de santé
- L'existence des séances d'information, d'éducation et communication pour la prévention, le dépistage et le suivi pour le traitement à vie des malades.

Les indicateurs ci-dessous ont servi pour l'analyse et l'interprétation des résultats de l'enquête

- Le pourcentage.

$$P = \frac{f}{n} \times 100 \quad F = \text{fréquences} \quad , \quad N = \text{nombre total des sujets}$$

$$\% = \frac{f}{N} \times 100$$

- Indicateurs pour la surveillance des prestations essentielles.
  - Le pourcentage des agents formés dans la prise en charge et la surveillance
  - Le pourcentage des agents s'appropriant et pérennisant les activités
  - Le pourcentage des FOSA intégrées et non intégrées
  - Le pourcentage des séances d'IEC/CC et de dépistage volontaire
  - Le pourcentage des réponses des enquêtés sur le suivi des IST, le dépistage volontaire, ...

### 3. RESULTATS

#### 3.1. Caractéristiques des sujets de l'enquête

Tableau 1 : Répartition des sujets enquêtés selon l'âge.

Ages (ans)	F0	%
≤ 20 ans	0	0
21-30 ans	16	32
31-40 ans	15	30
> 40 ans	19	38
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Source (enquête de terrain)

Il ressort dans ce tableau que 38% des sujets avaient l'âge supérieur à 40 ans par contre 32% des sujets ayant l'âge entre 21-30 ans, suivi de 30% en âge entre 31-40 ans, par contre le personnel âgé de moins de 20 ans n'a pas été observé parmi les sujets enquêtés.

Tableau 2 : Répartition des enquêtés selon le sexe.

Sexe	Fo	%
Masculin	30	60
Féminin	20	40
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

A la lumière de ce tableau, nous remarquons que 60% de sujets sont de sexe masculin contre 40% du sexe féminin.

**Tableau 3. Répartitions des enquêtés selon la catégorie.**

Fonction	FO	%
Infirmiers	45	90
Médecins	2	4
Laborantins	3	6
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Source (Notre enquête sur terrain)

A la lumière de ce tableau, nous remarquons que 45 infirmiers soit 90% étaient enquêtés, 3 laborantins soit 6% et 2 médecins soit 4% furent enquêtés aussi.

**Tableau 4 : Répartition des enquêtés selon leurs formations sanitaire / provenance.**

Fosa / provenance	FO	%
HGR (yalikina )	11	22
Yalosase	9	18
Ya bongengo	5	10
Inera	4	8
Yanfole	5	10
Yao kwomu	2	4
Yaelomba	6	12
Baonga	3	6
Ekutsu	5	10
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Source notre enquête sur terrain

Il se dégage de ce tableau que 22% des enquêtés étaient de l'HGR/YALIKINA contre 18% de YALOSASE, 12% de YAELOMBA et 4% de Yakwaomu.

### 3.2. PARAMETRES DES FACTEURS CONTRIBUTIFS

**Tableau 5 : Répartitions des réponses des enquêtés selon l'intégration du programme dans leurs structures**

Réponses	FO	%
Oui	17	34
Non	25	50
Indécis	8	16
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Source (enquête sur terrain)

IL ressort que 50% des enquêtés ont répondu non à l'intégration du programme dans leurs structures contre 34% qui ont répondu oui, les autres se sont abstenus à un pourcentage équivalent à 16%.

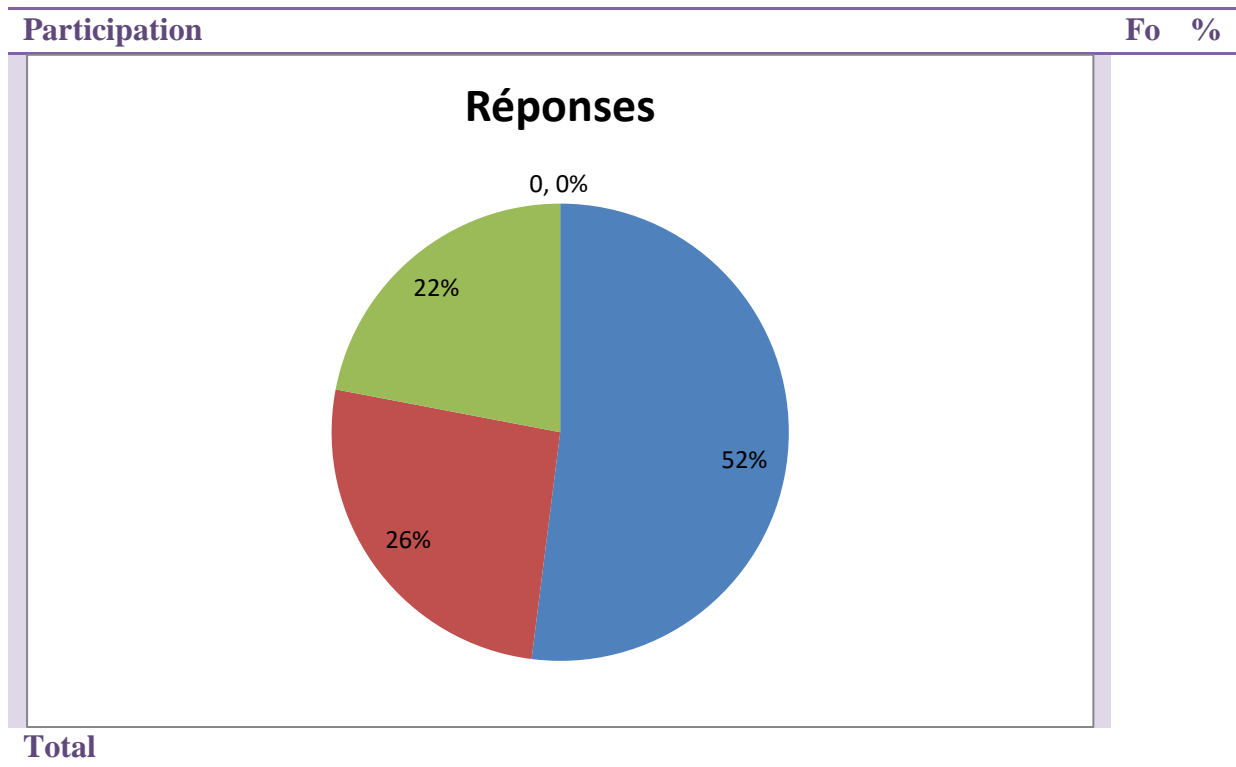
**Tableau 6 : Réponses de Connaissance des enquêtés sur la décentralisation du système de santé.**

Réponses	FO	%
Oui	9	18
Non	33	66
Indécis	8	16
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Source (enquête sur terrain)

Dans ce tableau, 66% des enquêtés déclarent la non décentralisation du système de santé contre 18% qui disent oui à la décentralisation de système de santé dans leurs structures

**Tableau 7 : Pourcentage de Réponses des enquêtés au sujet de leur participation dans les activités du programme intégré**



Graphique 1. (Nos Enquêtes sur terrain)

Environ 52% des enquêtés déclarent non à la participation communautaire dans le programme contre 26% qui reconnaît que la communauté participe dans les activités liées à l'intégration de soins.

**Tableau 8 : Connaissances des sujets sur les principes soins de santé primaires pendant l'exécution du programme et le traitement par les ARV.**

Connaissance	Fo	%
Satisfaisante	13	26
Moyenne	27	54
Assez bonne	10	20
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Source (nos enquêtes sur terrain)

La majorité des enquêtés soit 54% ont une connaissance moyenne des principes de SSP pendant l'exécution du programme et le traitement des ARV. Tandis que 26% le font, les autres n'ont pas des réponses exactes sur cette activité.

**Tableau 9 : Formation des professionnels de santé sur la prise en charge**

Formation reçue	Effectif	Pourcentage
Formés	13	26
Non formés	37	74
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Il ressort de l'analyse de ce tableau que la majorité des sujets interviewés n'ont pas encore été formé dans la prise en charge du VIH/SIDA 74% contre 26%.

### Evaluation des réponses des sujets enquêtés sur les principes de SSP

Tableau 10 : Répartition des réponses des enquêtés

Réponses	Fa	Fo	%
Intégration des soins	<b>50</b>	<b>28</b>	<b>56</b>
Décentralisation des services	<b>50</b>	<b>14</b>	<b>28</b>
Déconcentration des services	<b>50</b>	<b>10</b>	<b>20</b>
Continuité/Globalisation de soins	<b>50</b>	<b>21</b>	<b>40</b>
Participation communautaire	<b>50</b>	<b>15</b>	<b>30</b>
Pérennisation des activités	<b>50</b>	<b>10</b>	<b>20</b>

Source (nos enquêtes sur terrain)



Au regard de ce tableau, il se dégage le constat selon lequel la majorité des réponses des enquêtés sont en dessous de la moyenne en ce qui concerne leur connaissance sur l'opérationnalité et la fonctionnalité des principes de SSP soit inférieur à 40% contre 56% qui reconnaissent l'existence de l'intégration de soins.

## **4. DISCUSSION**

### **4.1 Caractéristiques des variables des enquêtés**

#### **De l'Age et Sexe des enquêtés**

Les résultats de l'étude montrent qu'il y avait beaucoup plus d'enquêtés ayant la tranche d'âge supérieure à 40 ans qui ont accepté volontairement de participer à l'enquête dans une proportion de 38% contre les plus jeunes et que le sexe masculin était plus représenté à 60% et le sexe féminin ne représente que 40%.

La différence est encore plus marquée chez les jeunes de moins de 20 ans. Une étude a comparé le ratio des femmes aux hommes ayant voulu participer à l'étude sur le VIH. Il s'établit entre 20 femmes pour 30 hommes en Afrique du Sud et 45 femmes pour 10 hommes au Kenya et au Mali. Ce qui prouve à suffisance que le sexe ou l'âge n'a pas l'influence sur l'un ou l'autre facteur(4).

#### **De la participation à l'enquête,**

Les résultats de notre étude ont montré qu'une grande proportion des infirmiers avait accepté de participer à l'enquête du VIH/SIDA soit 90% contre les autres catégories des PS : 10% le démontre. Leur supériorité numérique dans les structures sanitaires le démontre ;

Par contre, cela soulève également une insuffisance dans la communication de l'information sur le VIH au niveau des centres de santé qui devraient être une source par excellence de l'information sur la vulgarisation des principes des SSP en matière de VIH/SIDA.

#### **De l'intégration des soins**

Nos résultats montrent aussi que cette connaissance est souvent incomplète ou erronée. Près de 50% des professionnels ne disposent pas des informations complètes sur l'opérationnalité des services intégrés. Seulement 34% des PS avaient connaissance de l'existence de l'intégration du VIH. De même 16% ne connaissaient pas qu'il y avait un traitement contre le VIH. L'ensemble des réponses relatives à la transmission, et prise en charge du VIH/SIDA, montre que plus de 66% des PS n'ont pas une bonne connaissance de la maladie(5).

### **De la formation des personnels dans la prise en charge**

Les mêmes tendances étaient observées chez les PS, près de 74% des personnes interrogées n'ont pas été formées dans la prise en charge du VIH. Parmi elles 26% ont été formé dans leur vie professionnelle. Les résultats obtenus auprès des professionnels de santé à Abidjan et à Bobo, sur la formation de la prise en charge intégré de VIH/SIDA variait autour de 80% (Cartoux M, 1998). la différence n'été pas significative(6)

### **De la connaissance des enquêtés sur les principes de SSP**

Une étude similaire menée en Ethiopie où un aspect portait sur la connaissance et l'attitude des utilisateurs des services de CDV a révélé que près de 41,5% des personnes interrogées pensent que les principes des soins SSP ne sont pas scrupuleusement observés, (Shitaye Alemu, et al 2004).(7)

Alors nous avons étudié la connaissance des PS sur les principes des SSP et avons constaté que dans nos observations 26% seulement des personnes interrogées avaient une connaissance satisfaisante. Une étude comparative de l'attitude des personnes vis-à-vis du VIH/SIDA dans les villes et les zones rurales en Ethiopie donnait une proportion de 78,6%. En comparant nos résultats à ceux précités, nous pensons que le système de santé en RDC devrait renforcer davantage les objectifs poursuivis par le système de santé qui sont :

- Rendre accessible les services de santé ;
- Promouvoir l'utilisation de services et Améliorer la qualité de services de soins dans tous les centres de santé y compris ceux d'ISANGI(8).

### **3.2 De l'Evaluation des réponses.**

L'un des objectifs de notre étude était d'examiner l'efficacité des activités des soins des VIH, en matière de la déconcentration et décentralisation des services. Les résultats ont montré que seulement 18% contre 66% comprennent que les activités étaient administrées selon les normes ONUSIDA/PNLS. Nous avons remarqué que, dans tous les centres de santé les activités n'étaient pas exécutées de manière suivant les normes de l'ONUSIDA, qui accordent le même score à chaque prestation (S. K. Ginwalla et al ; 2002),

Les données actuellement disponibles montrent que l'épidémie se ruralise (4,6% en milieu rural contre 4,2% en milieu urbain), se « juvénilise » et se féminise (sexe ratio : 1,3). Certaines zones géographiques joueraient un rôle particulier dans la propagation de l'épidémie. C'est le cas de gares ferroviaires, de ports maritimes, de zones minières et de postes frontaliers(7), etc.

L'épidémie du VIH /SIDA en RDC est restée relativement stable au cours de ces 5 dernières années (8)

## 5. Conclusion

Au cours de notre travail nous avons évalué les facteurs contributifs de la non intégration de soins de VIH/SIDA dans la zone de santé d'ISANGI plus spécifiquement dans les 9 formations sanitaires ciblées.

Notre étude a permis de faire une évaluation des services pour déterminer les facteurs qui affectent leur utilisation. Nous pensons que les résultats de cette étude peuvent être utilisés pour potentialiser les efforts fournis par les services déjà existants en vue d'un meilleur rendement d'une part et que d'autre part, cette étude peut constituer l'une des références pour l'installation de nouveaux services.

Rappelons-nous que nous nous sommes fixé comme objectifs d'évaluer les différents facteurs qui influencent la non intégration effective des principes de SSP dans ces FOSA et enfin au vu de résultats essayer de proposer quelques pistes des solutions qui permettraient tant soit peu l'intégration optimale de service.

Le système de soins intégrés du VIH/SIDA ne s'effectuerait pas de manière satisfaisante dans les FOSA de la zone de santé d'ISANGI ; et nous pensons que la défaillance de système de soins intégrés serait dû à ;

- La non opérationnalité de l'intégration des soins dans certains centres de santé, à travers la formation insuffisante de personnel de santé sur la prise en charge globale des cas ;.
- La participation communautaire insuffisante ;
- Le manque quasiment total de la déconcentration des services, gage de la distribution non équitable des ARV parmi les bénéficiaires et
- L'absence de la décentralisation du système de santé jusqu'à la périphérie (autonomie).

C'est ainsi que nous avons choisi de manière occasionnelle 50 sujets (infirmiers, médecins et laborantins) capables de nous fournir les informations nécessaires au sujet de notre recherche.

Notre échantillon était non probabiliste du type occasionnel, auquel nous avons soumis un questionnaire d'enquête.

Notre étude est transversale basée sur l'évaluation des réponses de l'interview axée sur l'efficacité ainsi que l'effectivité des principes de SSP d'une part et l'observation axée sur la méthode descriptive à viser analytique des éléments impliqués dans le processus de soins de santé primaire.

Pour analyser et interpréter nos résultats, nous avons fait recours au calcul de pourcentage.

Au terme de notre étude, nous sommes arrivés aux résultats suivants :

- Nous avons observé une faible participation des personnes dont la tranche d'âge inférieure ou égale à 20ans, 0% ;
- Sur 50 enquêtés, le sexe masculin présente une forte portion 60% contre 40% seulement des femmes ;

- Parmi les sujets enquêtés dans les 9 CS, HGR regorge un effectif supérieur, 37,5% ; alors que Yaokasanga est inférieur par rapport à tous les autres, 14,6% ;
- Quant aux personnes s'occupant de la PEC parmi les enquêtés, nous avons un taux élevé de non formées, 74% versus 24% seulement formées ;
- La couverture des séances de l'IEC est faible car, sur 50 enquêtés 45,8% n'ont pas bénéficié de ces séances seuls 27,1% en ont bénéficié ;
- Parmi les 23 structures de la ZS, 47,8% formées en VIH/SIDA et 52,2% non encore formées ;
- Un faible taux des structures a intégré les activités de VIH soit 4,5% contre 95,5% qui en ont besoin ;
- Une seule structure qui est opérationnelle dans la lutte contre le VIH, 4,3% et 95% n'ont pas encore intégré ces directives.
- 18% seulement des sujets ont une connaissance satisfaisante de la décentralisation des services
- 26% des enquêtés reconnaissent avoir associé la communauté dans la lutte

A la lumière de ce qui précède, nous pouvons dire que les hypothèses avancées au début de notre travail sont confirmées et que les objectifs assignés ont été atteints.

## 6. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Abelhauser A, Enrègle D, Jodeau L *et al.* Le voleur de temps. *Le Journal du Sida* 1999 ;
2. Assal JP. Traitement des maladies de longue durée : de la phase aiguë au stade de la chronicité. Une autre gestion de la maladie, un autre processus de la prise en charge. *Encycl Med Chir.* Paris, Elsevier, 1996,
3. Balint M. *Le médecin, son malade et la maladie.* Paris : Payot, 1968.
4. Bandura A. *L'apprentissage social* (éd. française). Bruxelles : Pierre Mardaga, 1976.
5. Ministère de la Santé (RDC) Programme National de Lutte contre le Sida et les IST; Protocole national sur la Prévention de la Transmission du VIH de la mère à l'enfant; 2010. Juillet
6. Ministère de la Santé (RDC) Programme National de Lutte contre le Sida et les IST. Normes et directives sur l'identification, le diagnostic et la prise charge précoce des enfants exposés et infectés par le VIH/Sida; 2010. Mars
7. Organisation Mondiale de la Santé Genève: 2012. Avril. Utilisation des antirétroviraux pour traiter la femme enceinte et prévenir l'infection à VIH chez le nourrisson
8. Traore Y, Dicko Traore F, Teguate I, Mounkoro N, Thera A, Sissoko A, Diallo A, Dolo T, Bagayogo M, Djire YM, Kone D, Doumbia D, Kone O, Tinja L, Sofara A, Sylla M, Traore M, Diop AB, Diop O, Dolo A. Prévention de la transmission mère enfant du VIH en milieu hospitalier africain, Bamako-Mali. *Mali Médical.* 2011.
9. WHO and UNAIDS. HIV in Pregnancy: A Review; 1998. Accessible sur [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/publications/irc-pub01/jc151-hiv-in-pregnancy\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/publications/irc-pub01/jc151-hiv-in-pregnancy_en.pdf). (consulté le 20 juin 2017)