

DIRECTIVE CLINIQUE DE LA SOGC

N° 185, décembre 2006

Dépistage du VIH au cours de la grossesse

La présente directive clinique a été analysée par le comité de médecine fœto-maternelle et approuvée par le comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

AUTEURS PRINCIPAUX

Lisa Keenan-Lindsay, inf. aut., M. soins infirmiers, Toronto (Ont.)

Mark H. Yudin, MD, MSc, FRCSC, Toronto (Ont.)

COMITÉ SUR LES MALADIES INFECTIEUSES

Marc Boucher, MD, FRCSC, Montréal (Québec)

Howard Ronald Cohen, MD, FRCSC, Toronto (Ont.)

Andrée Gruslin, MD, FRCSC, Ottawa (Ont.)

Catherine Jane MacKinnon, MD, FRCSC, Brantford (Ont.)

Deborah M. Money, MD, FRCSC, Vancouver (C.-B.)

Caroline Paquet, sage-femme aut, MSc, Trois-Rivières (Québec)

Marc Steben, MD, Montréal (Québec)

Julie van Schalkwyk, MD, FRCSC, Vancouver (C.-B.)

Thomas Wong, MD, MPH, FRCPC, Ottawa (Ont.)

Mark H. Yudin, MD, MSc, FRCSC, Toronto (Ont.)

Résultats : Des recherches ont été menées dans la *Cochrane Library* et Medline afin d'y trouver les articles publiés de langue anglaise portant sur le dépistage du VIH et la grossesse. Des articles additionnels ont été identifiés grâce aux références que contenaient les articles issus de ces recherches. Tous les types d'étude ont été soumis à l'analyse.

Recommandations

1. Toutes les femmes enceintes devraient se soumettre à un dépistage du VIH accompagné d'un counseling approprié. Ce dépistage se doit d'être effectué de façon volontaire. Le dépistage devrait être considéré comme une norme de diligence; toutefois, les femmes doivent être avisées de la politique, de ses risques et de ses avantages, et de leur droit de refus. Les femmes ne doivent pas être soumises à un dépistage à leur insu. (II-2 B)
2. L'offre de counseling prédépistage et la décision de la patiente en ce qui a trait au dépistage devraient être documentées dans le dossier de la patiente. (III-B)
3. Les femmes qui refusent de se soumettre au dépistage devraient continuer de bénéficier de soins prénatals optimaux et leurs préoccupations devraient tout de même faire l'objet d'une discussion. (III-C)
4. Les femmes devraient se voir offrir un dépistage du VIH au cours de leur première consultation prénatale. (I-A)
5. Les femmes qui obtiennent des résultats négatifs à la suite du dépistage du VIH et qui continuent d'adopter des comportements entraînant des risques élevés devraient faire l'objet d'un nouveau dépistage à chacun des trimestres de la grossesse. (II-3 B)
6. Les femmes n'ayant pas bénéficié de soins prénatals et dont l'état sérologique relativement au VIH est inconnu devraient se voir offrir un dépistage, au moment de leur hospitalisation aux fins du travail et de l'accouchement. Les femmes qui courent des risques élevés de contracter le VIH et dont l'état sérologique est inconnu devraient se voir offrir une prophylaxie au cours du travail, et une prophylaxie anti-VIH devrait être administrée à leurs nouveau-nés au cours de la période post-partum. (III-B)
7. Les femmes qui obtiennent des résultats positifs à la suite du dépistage du VIH devraient faire l'objet d'un suivi géré par des praticiens disposant des connaissances nécessaires pour assurer le traitement des femmes séropositives pour le VIH. (III-C)

J Obstet Gynaecol Can, vol. 28, n° 12, 2006, p. 1108–1112

Résumé

Objectif : La présente directive clinique a pour objectif de fournir des recommandations aux fournisseurs de soins de santé du domaine de l'obstétrique et de minimiser les variations de pratique en ce qui concerne le dépistage du VIH, tout en tenant compte des recommandations provinciales et territoriales à ce sujet.

Issues : Le risque de transmission du VIH de la mère au fœtus est considérable si la mère ne bénéficie pas d'un traitement. Une baisse marquée du taux de transmission verticale du VIH de la mère au fœtus constitue l'issue primaire du dépistage et de la prise en charge du VIH au cours de la grossesse. Parmi les issues secondaires, on trouve la confirmation de la présence d'une infection au VIH chez la patiente, ce qui permet l'optimisation de sa santé et de sa prise en charge à long terme.

Mots clés : HIV, AIDS, pregnancy, perinatal, screening, counselling

Les directives cliniques font état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de publication de celles-ci et peuvent faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'un mode de traitement exclusif à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite sans une permission écrite de la SOGC.

Critères d'évaluation des résultats et classification des recommandations

Niveaux des résultats*	Catégories de recommandations†
I : Résultats obtenus dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé.	A. On dispose de données suffisantes pour appuyer la recommandation selon laquelle il faudrait s'intéresser expressément à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.
II-1 : Résultats obtenus dans le cadre d'essais comparatifs non randomisés bien conçus.	B. On dispose de données acceptables pour appuyer la recommandation selon laquelle il faudrait s'intéresser expressément à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.
II-2 : Résultats obtenus dans le cadre d'études de cohortes (prospectives ou rétrospectives) ou d'études analytiques cas-témoins bien conçues, réalisées de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche.	C. On dispose de données insuffisantes pour appuyer l'inclusion ou l'exclusion de cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique, mais les recommandations peuvent reposer sur d'autres fondements.
II-3 : Résultats découlant de comparaisons entre différents moments ou différents lieux, ou selon qu'on a ou non recours à une intervention. Des résultats de première importance obtenus dans le cadre d'études non comparatives (par exemple, les résultats du traitement à la pénicilline, dans les années 1940) pourraient en outre figurer dans cette catégorie.	D. On dispose de données acceptables pour appuyer la recommandation de ne pas s'intéresser à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.
III : Opinions exprimées par des sommités dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapports de comités d'experts.	E. On dispose de données suffisantes pour appuyer la recommandation de ne pas s'intéresser à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.

*La qualité des résultats signalés dans les présentes directives cliniques a été établie conformément aux critères d'évaluation des résultats présentés dans le Rapport du groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique¹³.

†Les recommandations que comprennent les présentes directives cliniques ont été classées conformément à la méthode de classification décrite dans le Rapport du groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique¹³.

INTRODUCTION

Le nombre de Canadiens atteints du VIH continue de croître. On estime que 56 000 Canadiens présentaient une infection au VIH à la fin de 2002¹. Cela constitue une hausse de 12 % par comparaison avec l'estimation (49 800 Canadiens) de la fin de 1999¹. Globalement, 9,1 % des cas de sida signalés sont constatés chez des femmes et 87 % d'entre elles sont en âge de procréer². Les femmes reçoivent également une proportion croissante de résultats positifs à la suite du dépistage du VIH au Canada (26,6 % des tests positifs en 2004, par comparaison avec 9,8 % entre 1985 et 1994)².

La probabilité de transmission du VIH d'une mère non traitée au fœtus se situe entre 15 % et 40 %³⁻⁵. La prise en charge appropriée des femmes atteintes du VIH (tout au long de la grossesse et au cours du travail) et des nouveau-nés (pendant six semaines à la suite de l'accouchement) a fait passer le taux de transmission verticale à environ 1 % ou moins⁵⁻⁸. La détermination de la présence du VIH chez les femmes enceintes constitue l'étape la plus importante de la prévention de la transmission verticale, puisque la plupart des transmissions surviennent chez des femmes n'ayant pas été soumises à un dépistage⁹. L'identification de l'infection au VIH au cours de la grossesse offre aux femmes l'occasion d'obtenir des services de counseling au sujet des options de traitement⁹.

Le dépistage universel de toutes les femmes enceintes est actuellement recommandé et soutenu par la Société canadienne de pédiatrie (SCP), la *American Academy of Pediatrics* (AAP), le *Institute of Medicine* (IOM), le *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) et la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC)¹⁰⁻¹².

La présente directive clinique a pour objectif d'offrir, aux fournisseurs de soins de santé et aux patientes, des renseignements au sujet du dépistage du VIH au cours de la grossesse. La qualité des résultats signalés dans la présente directive clinique a été décrite au moyen des critères d'évaluation des résultats présentés dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique¹³.

QUI DEVRAIT ÊTRE SOUMIS AU DÉPISTAGE?

À l'heure actuelle, toutes les provinces canadiennes recommandent la mise en œuvre du dépistage prénatal du VIH selon divers modèles¹⁴. En ce qui concerne le dépistage au cours de la grossesse, les provinces font appel soit à une approche d'inclusion soit à une approche d'abstention. Les recommandations varient du dépistage obligatoire au moyen d'une approche de notification / d'abstention (Terre-Neuve et Labrador et Alberta), à l'offre d'un dépistage à toutes les femmes (Manitoba et Québec), à l'incitation au dépistage (Nouveau-Brunswick) et au fait d'aviser les patientes de la disponibilité du test de

dépistage (Saskatchewan)¹⁴. Les taux de dépistage varient selon les régions; ainsi, les taux nationaux de dépistage pourraient être accrus par la mise en œuvre de recommandations uniformes¹⁵.

Pour l'instant, au Canada, le dépistage du VIH au cours de la grossesse s'effectue de façon volontaire. Le recours au dépistage obligatoire peut nuire à la capacité de faire un choix éclairé et pourrait mener certaines femmes à éviter les soins prénatals^{9,15-18}. Lorsque le dépistage est offert de façon appropriée, les taux de participation sont élevés^{18,19}. Le dépistage ciblé des femmes enceintes considérées comme courant des risques accrus d'infection fait en sorte qu'un nombre important des femmes séropositives pour le VIH demeurent dans l'ombre^{19, 20}, et ce, puisque certaines des femmes infectées ne se perçoivent pas comme courant des risques d'infection ou ne sont pas considérées par leurs fournisseurs de soins comme courant de tels risques. Le dépistage systématique accroît l'identification des femmes infectées et, moyennant la mise en œuvre d'une prise en charge appropriée, le taux de transmission verticale peut en être amené. L'existence d'une politique de dépistage universel accroît la probabilité qu'un médecin en vienne à offrir le dépistage à ses patientes¹⁵. Il a été démontré que le dépistage universel s'avérait rentable dans les régions où la séroprévalence se situe entre faible et modérée^{17,21-23}.

COMPORTEMENTS ENTRAÎNANT DES RISQUES ÉLEVÉS

- Partage d'aiguilles ou de tout autre composant au cours de l'injection de drogues
- Relation sexuelle non protégée avec de multiples partenaires
- Relation sexuelle non protégée avec un partenaire dont la séropositivité pour le VIH est connue
- Relation sexuelle non protégée avec un partenaire provenant d'une région aux prises avec une endémie de VIH
- Relation sexuelle non protégée avec un partenaire adoptant des comportements reconnus comme entraînant des risques élevés

COMPARAISON ENTRE L'APPROCHE D'INCLUSION ET L'APPROCHE D'ABSTENTION

L'approche d'inclusion envers le dépistage nécessite que la patiente bénéficie d'une séance approfondie de counseling pré-dépistage et qu'elle offre un consentement éclairé, que ce soit verbalement ou par écrit^{9,24}. On constate souvent une corrélation entre le taux d'acceptation du dépistage par les femmes et la qualité et la quantité du counseling offert²⁵. L'approche d'abstention nécessite que toutes les femmes soient avisées que le dépistage est de nature systématique,

qu'il sera mis en œuvre et que, toutefois, elles disposent du droit de s'en abstenir^{24,25}. Le fait d'aviser les patientes qu'une politique de dépistage universel est en vigueur amenuise la nécessité d'avoir recours à du counseling pré-dépistage approfondi. Dans le cas de l'approche d'abstention, certaines questions psychosociales et éthiques doivent être prises en considération, et le fournisseur de soins de santé est tenu d'aviser la patiente des risques et des avantages du dépistage, ainsi que de son droit de s'en abstenir⁹. Par la même occasion, le fournisseur de soins de santé peut s'assurer que la patiente est au courant du fait que des services de counseling lui seront offerts, si les résultats du test de dépistage s'avèrent positifs pour le VIH^{9,15,26}.

Si toutes les femmes étaient systématiquement soumises à un dépistage du VIH, la stigmatisation associée à ce dernier s'en trouverait réduite et rares seraient les femmes qui refuseraient de s'y soumettre²⁶⁻²⁸. Les fournisseurs de soins de santé se doivent d'être conscients du fait que la stigmatisation associée à un test positif peut mener à l'ostracisme au sein de certaines communautés^{20,26}. Dans le cadre d'une analyse comparant les approches d'inclusion et d'abstention en ce qui a trait aux taux de dépistage, il a été déterminé que la stratégie d'abstention permettait l'obtention de taux de dépistage supérieurs^{25,28}. À l'heure actuelle, seulement deux provinces et deux territoires ont recours à une approche d'abstention¹⁴.

COUNSELING

La plupart des femmes consentent à se soumettre à un dépistage du VIH^{9,19,29-31}. Il est important que le counseling soit personnalisé et fondé sur une relation de collaboration entre le fournisseur de soins de santé et la patiente, tout en ne perdant pas de vue que l'écart de pouvoir inhérent à la relation médecin-patient peut influencer les décisions de la patiente¹⁹. Ce n'est qu'en soutenant réellement le droit des femmes de prendre des décisions et en respectant leurs décisions que nous pourrions assurer l'offre de soins axés sur la patiente^{29,30}.

La tenue d'une discussion libre, au sujet des préoccupations de la patiente et des raisons qui motivent son refus face au dépistage, pourrait contribuer à approfondir les connaissances de la patiente au sujet de ce dernier et à établir une relation de confiance; cela pourrait même l'inciter à consentir au dépistage à l'avenir^{15,29,30,32}. Les femmes qui refusent de se soumettre au dépistage doivent continuer de bénéficier de soins prénatals conformes aux mêmes normes que ceux qui sont offerts aux femmes qui y consentent.

Recommandations

1. Toutes les femmes enceintes devraient se soumettre à un dépistage du VIH accompagné d'un counseling

approprié. Ce dépistage se doit d'être effectué de façon volontaire. Le dépistage devrait être considéré comme une norme de diligence; toutefois, les femmes doivent être avisées de la politique, de ses risques et de ses avantages, et de leur droit de refus. Les femmes ne doivent pas être soumises à un dépistage à leur insu. (II-2 B)

2. L'offre de counseling prédépistage et la décision de la patiente en ce qui a trait au dépistage devraient être documentées dans le dossier de la patiente. (III-B)
3. Les femmes qui refusent de se soumettre au dépistage devraient continuer de bénéficier de soins prénatals optimaux et leurs préoccupations devraient tout de même faire l'objet d'une discussion. (III-C)

MOMENT PROPICE À L'OFFRE D'UN DÉPISTAGE

Les femmes devraient se voir offrir un dépistage du VIH au cours de la première consultation prénatale, puisque le moment idéal pour entamer le traitement d'une patiente séropositive pour le VIH se situe entre la 15^e et la 19^e semaine de gestation^{4,5}.

Les femmes qui, d'entrée de jeu, obtiennent des résultats négatifs à la suite du dépistage du VIH et continuent d'adopter des comportements entraînant des risques élevés (reportez-vous à l'encadré) devraient se voir offrir un nouveau dépistage à chaque trimestre^{4,17}. La question de savoir s'il s'avère plus rentable d'offrir (plus tard au cours de la grossesse) un nouveau dépistage du VIH aux femmes qui courent un risque continu d'infection, plutôt qu'à toutes les femmes initialement séronégatives, n'a pas encore été élucidée. En présence de situations entraînant des risques élevés, il est possible que le dépistage sélectif des partenaires parvienne à prévenir la transmission du VIH à la patiente enceinte, ce qui réduirait du même coup le risque de transmission au fœtus^{9,16}.

Chez les femmes n'ayant pas bénéficié d'un traitement au cours de la grossesse, il a été démontré que l'administration d'un traitement antirétroviral à la mère, pendant le travail, et au nouveau-né, à la suite de l'accouchement, entraînait une baisse du risque de transmission périnatale (passage du risque à 12 %-13 %) ³³⁻³⁵. Le dépistage rapide est actuellement à l'étude; un tel test est dorénavant disponible au Canada. Cette technologie promet une nouvelle façon de dépister la présence d'une infection chez les femmes qui se présentent au moment du travail et de l'accouchement, et dont l'état sérologique relativement au VIH est inconnu²⁸. Une fois identifiées, ces femmes peuvent se voir offrir un traitement, lequel peut entraîner une baisse du taux de transmission verticale. En l'absence d'un test de dépistage rapide, les femmes qui se présentent au moment du travail et qui n'ont été soumises à aucun test de dépistage au cours de la grossesse devraient se voir offrir un tel test pendant

leur séjour à l'hôpital^{25,28}. Les femmes qui courent des risques élevés de contracter le VIH et dont l'état sérologique est inconnu devraient se voir offrir une prophylaxie au cours du travail. Les nouveau-nés de ces femmes devraient être soumis à un dépistage et se voir administrer une prophylaxie au cours de la période post-partum. D'autres études s'avèrent requises afin de déterminer la rentabilité de l'offre de ce schéma posologique à toutes les femmes dont l'état sérologique est inconnu, plutôt qu'à des populations sélectionnées, ainsi qu'afin de déterminer la façon optimale d'intégrer le dépistage rapide à la pratique clinique.

Recommandations

4. Les femmes devraient se voir offrir un dépistage du VIH au cours de leur première consultation prénatale. (I-A)
5. Les femmes qui obtiennent des résultats négatifs à la suite du dépistage du VIH et qui continuent d'adopter des comportements entraînant des risques élevés devraient faire l'objet d'un nouveau dépistage à chacun des trimestres de la grossesse. (II-3 B)
6. Les femmes n'ayant pas bénéficié de soins prénatals et dont l'état sérologique relativement au VIH est inconnu devraient se voir offrir un dépistage, au moment de leur hospitalisation aux fins du travail et de l'accouchement. Les femmes qui courent des risques élevés de contracter le VIH et dont l'état sérologique est inconnu devraient se voir offrir une prophylaxie au cours du travail, et une prophylaxie anti-VIH devrait être administrée à leurs nouveau-nés au cours de la période post-partum. (III-B)

SUIVI APPROPRIÉ

L'offre d'un suivi post-dépistage approprié s'avère cruciale. Des renseignements objectifs, au sujet du VIH et des répercussions de la présence de ce dernier au cours de la grossesse, devraient être offerts. La patiente enceinte doit être avisée dès que possible de l'obtention de résultats positifs, et ce, afin de lui permettre de prendre une décision éclairée quant à la poursuite de la grossesse et aux options de traitement²⁶. La prise en charge optimale du VIH au cours de la grossesse nécessite des soins spécialisés; dans cette optique, il est particulièrement important de ne pas perdre de vue que les données sur la prise en charge évoluent rapidement. Les femmes devraient bénéficier de soins offerts par des fournisseurs qui n'ont pas de réticences envers les femmes séropositives pour le VIH et qui disposent des connaissances nécessaires pour en assurer le traitement. Dans la mesure du possible, les femmes enceintes séropositives pour le VIH devraient se voir offrir des soins tant par un obstétricien que par un spécialiste du VIH.

Recommandation

7. Les femmes qui obtiennent des résultats positifs à la suite du dépistage du VIH devraient faire l'objet d'un suivi géré par des praticiens disposant des connaissances nécessaires pour assurer le traitement des femmes séropositives pour le VIH. (III-C)

RÉFÉRENCES

1. Agence de santé publique du Canada. *Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada, 2002*, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Ottawa, 2005.
2. Agence de santé publique du Canada. *Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2004*, Centre canadien d'information sur le VIH/sida, Association canadienne de santé publique, avril 2005.
3. Peckham C, Gibb D. « Mother to child transmission of the human immunodeficiency virus », *N Engl J Med*, vol. 333, 1995, p. 298–302.
4. Mofenson LM, McIntyre JA. « Advances and research directions in the prevention of mother-to-child HIV-1 transmission », *Lancet*, vol. 355, 2000, p. 2237–44.
5. Connor EM, Sperling RS, Gelber R, Kiseley P, Scott G, O'Sullivan MJ et coll. « Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group », *N Engl J Med*, vol. 331, 1994, p. 1173–80.
6. Dorenbaum A, Cunningham CK, Gelber RD, Culnane M, Mofenson L, Britto P et coll. « Two-dose intrapartum/newborn nevirapine and standard antiretroviral therapy to reduce perinatal HIV transmission: a randomized trial », *JAMA*, vol. 288, 2002, p. 189–98.
7. Ioannidis JPA, Abrams EJ, Ammann A, Bulterys M, Goedert JJ, Gray L et coll. « Perinatal transmission of human immunodeficiency virus type 1 by pregnant women with RNA virus loads <1000 copies/mL », *J Inf Dis*, vol. 183, 2001, p. 539–45.
8. Cooper ER, Charurat M, Mofenson L, Hanson IC, Pitt J, Diaz C et coll. « Combination antiretroviral strategies for the treatment of pregnant HIV-1-infected women and prevention of perinatal HIV-1 transmission », *J Acquir Immune Defic Syndr*, vol. 29, 2002, p. 484–94.
9. Walmsley S. « Opt in or opt out: What is optimal for prenatal screening for HIV infection? », *CMAJ*, vol. 168, 2003, p. 707–8.
10. Société canadienne de pédiatrie. « Testing for human immunodeficiency virus type I (HIV-1) infection in pregnancy », *Paediatr Child Health*, vol. 6, n° 9, 2001, p. 685–9.
11. American Academy of Pediatrics and American College of Obstetricians and Gynecologists. « Human immunodeficiency virus screening », *Pediatrics*, vol. 104, 1999, p. 128.
12. Institute of Medicine, National Research Council. *Reducing the odds: preventing perinatal transmission of HIV in the United States*, Washington, DC : National Academy Press, 1999.
13. Woolf SH, Battista RN, Angerson GM, Logan AG, Eel W. *Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique*, Ottawa (Ont.), Groupe Communication Canada Inc., 1994, p. xxxvii.
14. Santé Canada. Transmission périnatale du VIH. Disponible à : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/epiu-aeipi/epi_update_may_04/7_f.html. Consulté le : 7 octobre 2003.
15. O'Connor K, MacDonald S, Hartling L, Seguin R, Hollands H, Mowat DL et coll. « The influence of prevalence and policy on the likelihood that a physician will offer HIV screening in pregnancy », *Can J Public Health*, vol. 93, n° 1, 2002, p. 31–5.
16. Duval M, Faye A, Rohrlrich P, Levine M, Matheron S, Larchee R et coll. « Failure of pediatric AIDS prevention despite maternal HIV screening in Paris, France », *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol*, vol. 20, 1999, p. 100–1.
17. Postma MJ, Beck EJ, Hankins CA, Mandalia S, Jager JC, de Jong-van den Berg et coll. « Cost effectiveness of expanded antenatal HIV testing in London », *AIDS*, vol. 14, n° 5, 2000, p. 2383–9.
18. Nakchbandi IA, Longenecker JC, Ricksecker MA, Latta RA, Heaton C, Smith DG. « A decision analysis of mandatory compared with voluntary HIV testing in pregnant women », *Ann Intern Med*, vol. 128, 1998, p. 760–7.
19. Peckham CS, Newell M. « Controversy in mandatory HIV screening of pregnant women », *Curr Opin Infect Dis*, vol. 10, 1997, p. 18–21.
20. Bitnum A, King SM, Arneson C, Read SE. « Failure to prevent perinatal HIV infection », *CMAJ*, vol. 166, n° 7, 2002, p. 904–5.
21. Postma MJ, Beck EJ, Mandalia S, Sherr L, Walters MDS, Houweling H et coll. « Universal HIV screening of pregnant women in England: cost effectiveness analysis », *BMJ*, vol. 318, 1999, p. 1656–60.
22. Ades AE, Gupta R, Gibb DM, Duong T, Nicoll A, Goldberg D et coll. « Selective versus universal antenatal HIV testing: epidemiological and implementational factors in policy choice », *AIDS*, vol. 13, n° 2, 1999, p. 271–8.
23. Patrick DM, Money DM, Forbes J, Dobson S, Rekart M, Cook DA et coll. (1998) « Routine prenatal screening for HIV in a low-prevalence setting », *CMAJ*, vol. 159, n° 8, 1998, p. 942–7.
24. Update. « HIV testing among pregnant women- United States and Canada, 1998–2001 », *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, vol. 51, 2002, p. 1013–6.
25. Kiarie J, Nduati R, Koigi K, Musia J, John G. « HIV-1 testing in pregnancy: acceptability and correlates of return for test results », *AIDS*, vol. 14, 2000, p. 1468–70.
26. O'Connor KS, MacDonald SE. « Aiming for zero: preventing mother-to-child transmission of HIV », *CMAJ*, vol. 166, n° 7, 2002, p. 909–10.
27. Rey D, Carrieri M, Obadia Y, Pradier C, Moatti J. « Mandatory prenatal screening for the human immunodeficiency virus: the experience in south-eastern France of a national policy, 1992–1994 », *Br J Obstet Gynaecol*, vol. 105, 1998, p. 269–74.
28. Jayaraman GC, Preiksaitis JK, Larke B. « Mandatory reporting of HIV infection and opt-out prenatal screening for HIV infection: effect on testing rates », *CMAJ*, vol. 168, n° 6, 2003, p. 679–82.
29. Stringer EM, Stringer JSA, Cliver SP, Goldenberg RL, Goepfert AR. « Evaluation of a new testing policy for human immunodeficiency virus to improve screening rates », *Obstet Gynecol*, vol. 98, 2001, p. 1104–8.
30. Katz A. « HIV Screening in Pregnancy: what women think », *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, vol. 30, n° 2, 2000, p. 184–91.
31. Samson L, King S. « Evidence-based guidelines for universal counselling and offering of HIV testing in pregnancy in Canada », *CMAJ*, vol. 158, 1998, p. 1449–57.
32. Oldenettel D, Dye TD, Artal R. « Prenatal HIV screening in pregnant women: a medical-legal review », *Birth*, vol. 24, n° 3, 1997, p. 165–72.
33. Wiktor SZ, Ekpini E, Karon JM, Nkengasong J, Maurice C, Severin ST et coll. « Short-course oral zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Abidjan, Cote d'Ivoire: a randomized trial », *Lancet*, vol. 353, 1999, p. 781–5.
34. Shaffer N, Chuachoowong R, Mock PA, Bhadrakom C, Siriwasin W, Young NL et coll. « Short-course zidovudine for perinatal HIV-1 transmission in Bangkok, Thailand: a randomized controlled trial », *Lancet*, vol. 353, 1999, p. 773–80.
35. Guay LA, Musoke P, Fleming T, Bagenda D, Allen M, Nakabiito C et coll. « Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: HIVNET 012 randomised trial. *Lancet*, vol. 354, 1999, p. 795–802.