



■ Transmission du VIH ■ de la mère à l'enfant



■ **Actualisation**
■ **ONUSIDA**

■ **Mars 1999**

En bref

- Dans la plupart des cas l'infection à VIH chez le jeune enfant est imputable à la transmission mère-enfant (TME). Près de 90% des 3 millions de nourrissons infectés par le VIH depuis le début de la pandémie sont nés en Afrique. On observe cependant une augmentation rapide du nombre de ces cas en Inde et en Asie du Sud-Est.
- Si l'on se réfère à la plupart des études, les risques de contamination d'un bébé par sa mère séropositive pour le VIH seraient de l'ordre de 15% à 25% dans un pays industrialisé, et de 25% à 45% dans un pays en développement.
- La transmission peut se produire durant la grossesse, le travail, l'accouchement ou après la naissance par le lait maternel. Deux tiers environ des enfants non nourris au sein qui sont malgré tout infectés ont été contaminés par leur mère au moment de l'accouchement, et le tiers restant durant la grossesse (principalement au cours du troisième trimestre). Dans les populations où il est la norme, l'allaitement au sein représente jusqu'à un tiers de tous les cas de transmission.
- En 1994 il est apparu qu'un traitement à la zidovudine – un antirétroviral – réduisait le risque de transmission mère-enfant d'environ deux tiers en l'absence d'allaitement au sein. Le traitement ACTG 076, ainsi qu'il est à présent désigné, est désormais largement appliqué dans la plupart des pays industrialisés. Mais avec un coût de 1000 dollars US par grossesse, il est bien trop cher pour se généraliser dans les pays pauvres.
- A l'issue d'essais menés à bien en Thaïlande en février 1998, il est apparu qu'un court traitement par voie orale à la zidovudine au cours des dernières semaines de grossesse réduisait de moitié l'incidence de la transmission mère-enfant au stade de l'accouchement, pour moins d'un dixième du coût du traitement de longue durée. Comme, dans ce cadre, les femmes ont également pu recourir à des solutions plus prudentes que l'allaitement au sein, on a pu observer que l'incidence parmi la population considérée n'était plus que de 9%, contre une moyenne de 25 à 35% dans les pays en développement.
- L'adoption de procédures de prévention de la TME nécessitera au minimum de prévoir un élargissement des services de conseil et de test VIH volontaires pour les femmes, une réorganisation des programmes de prise en charge pré- et postnatale, des moyens de faciliter l'accès aux médicaments antirétroviraux et à des solutions sûres de remplacement de l'allaitement au sein.
- Même en l'absence d'interventions thérapeutiques, le conseil et le test volontaires présentent un intérêt pour les femmes, les hommes et leurs partenaires sexuels séropositifs, dans la mesure où ils permettent de prendre en connaissance de cause des décisions sur le plan de l'activité sexuelle, de la contraception, de l'interruption d'une grossesse (là où cette pratique est légale) et de l'alimentation du nourrisson, et aussi dans la mesure où ils leur donnent la possibilité de se soigner assez tôt.
- Compte tenu, d'une part, de l'importance de l'allaitement au sein pour la santé du nourrisson et, d'autre part, du rôle joué par cette forme d'allaitement dans la transmission mère-enfant, l'ONUSIDA, l'OMS et l'UNICEF préconisent que les femmes dont les tests révèlent la séropositivité au VIH aient accès à des solutions de remplacement de l'allaitement au sein pour un coût raisonnable, tout en poursuivant les efforts d'encouragement de cette forme d'allaitement en ce qui concerne les femmes indemnes ou dont le statut à cet égard n'est pas fixé.

Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) élabore actuellement une collection de dossiers sur l'infection à VIH/SIDA, les causes et conséquences de l'épidémie, et les meilleures pratiques dans le domaine de la prévention du SIDA, des soins et de l'appui aux malades. Un dossier sur un sujet précis comprend une publication courte destinée aux journalistes et aux dirigeants communautaires (Point de vue ONUSIDA); un résumé technique des questions, problèmes et solutions (Actualisation ONUSIDA); des études de cas du monde entier (Etudes de cas ONUSIDA – meilleures pratiques); un ensemble de matériels pour exposés; et une liste d'outils fondamentaux (rapports, articles, livres, vidéos, etc.) sur un sujet donné. Ces dossiers seront régulièrement actualisés.

Actualisation ONUSIDA et Point de vue sont publiés en anglais, en espagnol, en français et en russe. Les personnes intéressées peuvent obtenir un exemplaire gratuit de ces publications dans les Centres d'information de l'ONUSIDA. Pour trouver l'adresse du Centre le plus proche, rendez-vous sur l'Internet (<http://www.unaids.org>); adresse électronique de l'ONUSIDA (unaids@unaids.org), téléphone (+41 22 791 4651); envoyer le courrier à Centre d'Information de l'ONUSIDA, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27, Suisse.

Transmission du VIH de la mère à l'enfant: Actualisation ONUSIDA.
Mars 1999.

1. Syndrome d'immunodéficience acquise – transmission
2. Allaitement au sein
3. Syndrome d'immunodéficience acquise – lutte

WC 503.71

Généralités

Dans la majorité des cas, l'infection à VIH chez les enfants de moins de quinze ans résulte d'une transmission mère-enfant (TME). Dans les pays où les produits sanguins sont régulièrement contrôlés et où l'on dispose largement de seringues et d'aiguilles propres, la TME est pratiquement la seule source de contamination du jeune enfant. En 1997, selon les estimations, 600 000 nourrissons dans le monde ont été infectés par le virus, ce qui, à la fin de l'année, portait le nombre total de jeunes enfants infectés par le VIH à plus d'un million. Près de 90% des trois millions de nourrissons infectés par le VIH depuis le début de la pandémie sont nés en Afrique, ce qui s'explique à la fois par la prévalence élevée du VIH chez les femmes enceintes et par les taux élevés de fécondité que connaît ce continent. Mais en Inde et en Asie du Sud-Est également, le nombre de cas semble augmenter rapidement. D'ici 2010, le SIDA pourrait avoir multiplié par deux ou plus la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans dans les régions les plus largement contaminées.

Le virus peut se transmettre pendant la grossesse, le travail, l'accouchement, ou après la naissance, par suite de l'allaitement au sein. Lorsque les nourrissons sont infectés sans avoir été nourris au sein, dans près de deux tiers des cas la TME s'est produite lors de l'accouchement (soit juste avant, soit pendant le travail et l'accouchement lui-même). Dans les populations où l'allaitement au sein est la norme, cette pratique peut être à l'origine de plus d'un tiers des cas de transmission mère-enfant. (Voir ci-après dans la sélection de documents le dossier ONUSIDA/ UNICEF/OMS sur le VIH et l'allaitement des nourrissons).

La TME contribue largement à aggraver la mortalité infantile dans bien des régions de l'Afrique subsaharienne. C'est ainsi qu'à Harare, capitale du Zimbabwe, par exemple, une femme enceinte sur trois est séropositive et que la mortalité infantile a doublé, passant de 30 à 60 pour mille, entre 1990 et 1996. La mortalité chez les zéro à cinq ans, classe d'âge massivement touchée par la mortalité due au SIDA, accuse même une croissance beaucoup plus impressionnante – de 8 à 20 pour mille – sur la même période (Services sanitaires municipaux d'Harare, rapport non officiel).

D'après la plupart des études, la probabilité de contamination du bébé par sa mère séropositive (en l'absence de traitement à la zidovudine (ZDV) se situe entre 15% et 25% dans un pays industrialisé et entre 25% et 45% dans un pays en développement (voir l'article de Msellati mentionné dans la sélection de documents de référence). Ces écarts s'expliquent essentiellement

par les différences de fréquence et de durée de l'allaitement au sein. Les autres facteurs notoires d'aggravation du risque de TME sont notamment le stade avancé de la maladie chez la mère, une contamination récente de la mère, une exposition intense du fœtus aux liquides organiques de la mère infectée, pendant la gestation ou lors de l'accouchement. Le risque de transmission du VIH-2 est environ 20 fois moins élevé que celui du VIH-1. (Pour plus ample information, voir les articles de Mandelbrot *et al.* et de Newell mentionnés dans les documents de référence).

La principale mesure d'intervention de santé publique contre la TME reste la prévention primaire des infections chez les femmes en âge de procréer.

Jusqu'à une époque récente, il n'existait aucun moyen de prévenir la TME en cours de grossesse, de travail ou d'accouchement chez les femmes VIH-positives souhaitant avoir un enfant. La situation commence à changer, maintenant que l'on a pu étudier et apprécier les mérites de diverses méthodes de prévention. Deux méthodes utilisées de manière combinée – un traitement par antirétroviraux associé à une substitution de l'allaitement au sein – ont d'ores et déjà démontré leur efficacité.

Les antirétroviraux

Jusqu'en 1998, une seule forme de traitement par médicament avait fait la preuve de son efficacité dans la réduction du risque de TME. Une étude connue sous le code ACTG 076 a démontré que la zidovudine (ZDV, également connue sous le sigle d'AZT) administrée par

voie orale à partir du quatrième mois de grossesse, par intraveineuse pendant le travail puis pendant 6 semaines au nourrisson non nourri au sein, réduit de deux tiers le risque de TME.

Pour des raisons de logistique et de coût, le traitement ACTG 076, même s'il est désormais pratiqué couramment dans les pays industrialisés, ne se prête pas à une utilisation généralisée dans les pays en développement. Il revient en effet à non moins de 1000 dollars par grossesse dans cette première catégorie de pays. Il s'agit en effet d'un traitement nécessitant une administration par voie orale (de pilules, par exemple) et une autre par voie intraveineuse, et devant être entrepris à un stade aussi précoce que possible du deuxième trimestre de la grossesse. Pour les femmes des pays en développement, l'impératif de précocité de l'intervention est un handicap du fait qu'elles n'ont pas accès aux moindres soins prénatals – ou ne cherchent pas à y avoir accès – avant les prémices de l'accouchement.

Mais récemment la situation a complètement changé, pour le mieux. Des expérimentations menées sous le patronage des CDC en Thaïlande, qui se sont achevées en février 1998, ont révélé qu'un bref traitement par administration de pilules de ZDV au cours des quatre dernières semaines de grossesse et pendant le travail divise par deux le risque de transmission verticale à la naissance. Le coût moyen du traitement à la ZDV en Thaïlande est de 50 dollars par grossesse (coût du seul médicament, sur la base d'un générique produit sur place). Comme les femmes prises en

Généralités

considération dans le cadre de cette étude ont également eu la possibilité de recourir à des moyens plus sûrs que l'allaitement au sein, ce court traitement a permis d'abaisser l'incidence de la TME à 9% dans le groupe considéré, contre 18% chez le groupe témoin n'ayant reçu qu'un placebo tout en ayant bénéficié également d'une solution de remplacement à l'allaitement au sein (comme indiqué précédemment, cette incidence se situe en moyenne entre 25 et 35% dans les pays en développement).

Autres interventions au stade de la grossesse, du travail et de l'accouchement

Les autres interventions susceptibles de prévenir la TME actuellement à l'étude sont les suivantes:

- **Apport complémentaire de vitamine A:** Une carence en vitamine A chez une mère infectée par VIH peut accroître le risque de TME. Des expérimentations en cours en Afrique du Sud, au Malawi, en Tanzanie et au Zimbabwe consistent à déterminer si le fait de fournir un complément de vitamines aux femmes enceintes contribue à réduire le risque de transmission de l'infection à l'enfant. Si ces expérimentations se révèlent concluantes, il sera alors opportun de généraliser ce type d'intervention, assurément peu onéreuse et comportant au demeurant toutes sortes de bienfaits pour la mère et l'enfant – qu'il y ait eu contamination ou non – et sans qu'il ne soit nécessaire de procéder au moindre test de dépistage du VIH. Les vertus possibles d'autres oligo-éléments ont été évoquées pour la prévention de la TME.
- **Aseptisation de la filière d'expulsion pendant le travail et l'accouchement:** Le risque de transmission du VIH pendant l'accouchement est relativement élevé du fait de la présence du virus dans le sang et dans les mucosités de la filière d'expulsion. En conséquence, divers systèmes de douche vaginale avant et pendant l'accouchement sont à l'étude dans

plusieurs pays en développement. Au Malawi, des expérimentations basées sur une douche vaginale à la chlorhexidine n'ont entraîné aucune variation globale des taux d'incidence de TME tout en produisant un abaissement très sensible de ces taux en cas de rupture des membranes pendant plus de quatre heures, de même qu'un abaissement de la mortalité et de la morbidité infantiles. D'autres expérimentations basées sur des concentrations différentes de chlorhexidine et sur d'autres agents antimicrobiens sont en cours.

- **L'accouchement par césarienne:** Comme la douche vaginale, l'accouchement par césarienne réduit l'exposition de l'enfant au sang de la mère pendant l'accouchement et s'avère réduire le risque d'infection par VIH du nouveau-né. Mais cette solution n'est pas applicable à grande échelle en raison de son coût, des moyens logistiques qu'elle nécessite et des risques de complications post-opératoires qu'elle comporte.
- **Les autres adaptations de l'obstétrique:** Elles peuvent contribuer à réduire le contact entre le nouveau-né et les liquides organiques infectés de la mère. Il peut s'agir par exemple d'éviter les épisiotomies, la rupture artificielle et justement évitable de membranes, la pose d'électrodes sur la tête du fœtus ou d'autres formes d'intervention particulièrement invasives.
- **Immunisation:** des études menées actuellement en Haïti et en Ouganda portent sur l'immunisation passive des femmes et des enfants (injection d'anticorps neutralisants dirigés spécifiquement contre le VIH). Les recherches en cours sur la mise au point d'un vaccin (immunisation active) pourraient également aboutir.

Pour de plus amples renseignements concernant ces méthodes, voir les articles de Newell *et al.*, et de Reggy *et al.*, mentionnés dans la Sélection d'outils fondamentaux.

Les obstacles

Le succès de l'expérience de Bangkok (voir encadré) et les progrès de la recherche concernant d'autres interventions suggèrent fortement que les interventions de prévention de la TME deviendront beaucoup plus répandues d'ici la fin du siècle. C'est la raison pour laquelle les principaux défis de santé publique que pose la prévention de la TME consistent à préparer pour l'avenir un échéancier à 2 ou 3 ans. Les difficultés à résoudre les plus manifestes sont de caractère financier et technique mais il existe aussi un certain nombre de questions complexes qui touchent à l'intégration des nouvelles formes d'intervention dans des stratégies équilibrées de lutte contre le VIH/SIDA.

Le coût des nouveaux traitements

L'acquisition des médicaments nécessaires au traitement en Thaïlande d'une mère et de son enfant selon la procédure testée à Bangkok revient à environ 50 dollars US. Or, même pour ce coût relativement modique, fournir de la zidovudine à toutes les femmes à qui cela pourrait être profitable va constituer un défi majeur pour la plupart des systèmes de santé. Il va de même falloir dégager d'autres fonds pour financer aussi le dépistage et le conseil, l'acquisition de substituts de lait maternel administrables à des nourrissons de moins d'un an, et l'accès aux services.

Les autres questions concernant la zidovudine et la TME

L'efficacité de la zidovudine dans la prévention de la transmission du VIH par la mère séropositive qui allaite son enfant n'est à l'heure actuelle pas connue. Il se peut que ce médicament assure un certain degré de protection, mais qui est probablement bien moindre que pour le nourrisson qui n'est pas allaité par sa mère. Or, comme la plupart des femmes séropositives risquant de transmettre leur infection à leur enfant le nourrissent en fait

au sein, on est en présence d'un problème auquel il faut impérativement trouver une solution. De même, il est impératif d'en savoir plus sur l'incidence de la substitution de l'allaitement au sein sur la mortalité chez les nouveau-nés dont la mère est séropositive.

Croissance des besoins en services de conseil et de dépistage en libre consultation

Avec la multiplication des formes d'intervention possibles, les femmes devront savoir si elles sont séropositives ou non afin de pouvoir en bénéficier éventuellement. Il faudra donc, dans la plupart des pays, davantage de services de conseil et de dépistage en libre consultation qu'il n'en existe actuellement. Il sera donc nécessaire de développer ce type de services, d'une manière générale tout autant que dans le cadre de programmes prénatals tels que les consultations de planification familiale. La confidentialité devra être préservée dans le cadre de ces services, lesquels devront eux-mêmes prévoir un aiguillage vers un soutien psychologique et une prise en charge pour les femmes se révélant séropositives et risquant d'être rejetées par leur famille et leur entourage.

Réorganisation des soins prénatals, périnatals et postnatals

L'élargissement de l'accès aux services de conseil, de dépistage et de planification familiale – ainsi que l'adaptation des pratiques obstétricales et l'introduction des traitements antirétroviraux – auront un lourd impact sur les services cliniques. Il va falloir planifier et mettre en œuvre tous les aspects de l'administration du traitement de la mère et de l'enfant – avec suivi approprié – y compris la prise en charge des infections opportunistes. Les soins prénatals seront les premiers concernés mais, dans la mesure où les nouveau-nés issus d'une mère infectée auront eux aussi

besoin de soins supplémentaires, les services postnatals seront également très sollicités. Le dépistage du VIH et le suivi de l'infection à VIH et du traitement antirétroviral apporteront un surcroît de travail aux laboratoires. Au niveau national des ressources supplémentaires seront nécessaires pour assurer le financement des nouvelles interventions et des nouveaux coûts administratifs. Les autorités sanitaires devront préserver l'équilibre entre les divers niveaux de prestation et types d'intervention pouvant être assurés dans la limite des ressources financières et matérielles disponibles.

Décisions concernant l'alimentation du nourrisson

Ces dernières années, l'allaitement au sein a été largement encouragé en tant que moyen naturel, non onéreux et parfaitement adéquat d'alimenter le nourrisson et de le prémunir contre bon nombre de maladies infantiles avec, comme corollaire positif, un effet d'espacement des naissances. Par comparaison, les préparations pour nourrissons, qu'il faut délayer dans de l'eau potable et faire chauffer, sont d'un coût qui les rend souvent financièrement hors de portée pour une famille pauvre d'un pays en développement. Il s'ajoute que, lorsque ces préparations sont mal utilisées – lorsqu'elles sont par exemple délayées dans une eau malpropre ou manipulées en dépit des instructions – il peut en résulter une grave malnutrition de l'enfant et l'apparition de maladies infectieuses létales. Et même lorsqu'elles sont utilisées à bon escient, elles peuvent être à l'origine d'une réaction de rejet à l'égard des femmes qui y ont recours parce qu'il leur a été conseillé de le faire au vu de leur séropositivité, le fait de ne pas allaiter étant particulièrement lourd de sens dans la plupart des pays en développement. Le choix du mode d'alimentation de son enfant peut ainsi poser un cruel dilemme à la mère séropositive.

Les obstacles

Prise en charge des parents

Il est impossible de promouvoir les tests de dépistage du VIH auprès des femmes et de leurs partenaires si l'avantage de savoir que l'on est séropositif ne l'emporte pas largement sur les risques de tensions psychologiques et de rejet que cette découverte peut apporter. De plus, la meilleure chance de survie pour un enfant, c'est d'avoir des parents en bonne santé. La prise en charge médicale, psychologique et sociale de la mère contaminée comme de son entourage doit donc être améliorée.

Prise en charge des orphelins

Huit millions d'enfants dans le monde ont perdu leur mère – et souvent aussi leur père – avant l'âge de 15 ans à cause du SIDA et ce

chiffre devrait avoir doublé en l'an 2000.

Certains de ces enfants seront eux-mêmes infectés, d'autres non, mais tous auront besoin de soins et de sollicitude en grandissant. Dans nombre de pays, la famille élargie constitue le système de protection sociale traditionnel, car c'est elle qui prend en charge les orphelins et les familles touchées. Mais ce système est d'ores et déjà à un point de rupture dans les milieux les plus touchés – alors que les ravages du SIDA sont encore loin d'avoir produit tous leurs effets.

Certes, la prévention de la TME a sans doute pour conséquence d'accroître le nombre d'enfants non contaminés qui se retrouvent orphelins et nécessitent un certain soutien social. Force est de reconnaître cependant qu'en

l'absence de toute intervention préventive il naîtrait un plus grand nombre d'enfants séropositifs, nécessitant quant à eux non seulement un soutien social mais encore un soutien médical. Contrairement aux prévisions initiales selon lesquelles la plupart des nouveau-nés infectés étaient voués à mourir très rapidement, il se trouve que 50% des enfants séropositifs dans les pays en développement (et 75% dans les pays développés) survivent et ont besoin de soins au-delà de leur cinquième anniversaire.

Un traitement à la zidovudine plus court et moins onéreux

L'étude de Bangkok sur l'administration périnatale de zidovudine (ZDV) s'inscrivait dans une initiative concertée entre le Ministère de la Santé publique de la Thaïlande et les US Centers for Disease Control and Prevention (CDC). On trouvera ci-après quelques extraits pertinents d'un rapport publié en mars 1998 par la section prévention, surveillance et épidémiologie de la Division VIH/SIDA des CDC.

«Procédure... Il a été fait appel à des femmes séropositives qui ont exprimé leur consentement par écrit. Ces personnes ont été réparties de manière aléatoire au niveau de deux unités hospitalières de Bangkok pour recevoir soit un traitement à la ZDV soit un placebo. Le traitement à la ZDV a consisté en une administration orale de 300 mg en deux prises journalières pendant 36 semaines de gestation et de 300 mg toutes les trois heures dès les prémices de l'accouchement. Il a été recommandé à toutes ces femmes de ne pas alimenter leur enfant au sein mais d'utiliser à cette fin des préparations alimentaires, conformément aux recommandations des services nationaux de santé publique s'adressant aux femmes séropositives... L'étude se concluait au stade de la détermination de l'immunité ou de la contamination du nourrisson à six mois après un test de dépistage du VIH par amplification génique (PCR) réalisé sur des échantillons de sang prélevés à la naissance, à deux mois et à six mois.

«Résultats... Sur les 397 participantes (198 sous traitement à la ZDV et 199 sous placebo), 393 ont accouché. Au stade initial de leur participation leur âge médian était de 24 ans et leur nombre moyen de CD4+ était de 424 cellules par ml. La durée moyenne du traitement anténatal a été de 24 jours et le nombre moyen de doses administré au stade du travail a été de 3. Aucune femme n'a allaité son enfant au sein. Entre les deux modes de traitement les effets indésirables ont été assez également répartis. Au 10 février 1998 on disposait de données concernant 391 enfants. Cinquante-deux ont été révélés positifs par le test PCR susmentionné – dont 17 ayant bénéficié du traitement à la ZDV et 35 n'ayant reçu que le placebo. Sur les 339 restants, 310 ont encore réagi négativement à deux mois et plus. Le statut infectieux définitif des 29 autres reste à établir (il était négatif à la naissance mais n'a pas encore été confirmé).

«Conclusion. Un traitement court consistant à administrer par voie orale de la ZDV de la 36^e semaine de gestation jusqu'à l'accouchement n'est pas dangereux et réduit de moitié environ le risque de transmission verticale du VIH. Ce traitement peut se révéler utile pour prévenir l'infection par VIH des enfants dans les pays en développement.»

Les réponses

Grâce aux avancées évoquées ci-dessus, l'humanité est désormais beaucoup mieux armée qu'elle ne l'était il n'y a ne serait-ce qu'un an pour aider la femme enceinte séropositive à protéger la santé de son enfant. Malgré tout, on ne soulignera jamais assez que le meilleur instrument contre la transmission du VIH de la mère à l'enfant reste la prévention primaire, c'est-à-dire de veiller à ce que la femme en âge de procréer ne soit pas elle-même contaminée.

Toute stratégie nationale de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant doit donc s'inscrire dans une stratégie plus large de prévention du VIH et des MST, de soins aux femmes séropositives et à leur famille et de promotion de la santé maternelle et infantile. L'accès généralisé, dès que possible, à des méthodes d'intervention réduisant l'incidence de la TME dépend de la volonté politique, du coût de cette intervention et de l'importance des ressources humaines et des infrastructures disponibles.

Réduire le coût de l'intervention

Les trois principaux éléments ayant une incidence sur le coût de l'intervention de prévention de la TME sont les suivants:

- le coût du médicament;
- le coût des solutions de remplacement de l'allaitement au sein;
- le coût des tests de dépistage du VIH.

L'accès aux soins, y compris aux conseils et aux tests volontaires, constitue lui aussi un chapitre de dépense.

Outre l'avancée réalisée avec l'expérience de Bangkok, deux autres événements récents concourent à l'abaissement du coût des médicaments eux-mêmes. Le premier est l'inclusion par l'OMS de la zidovudine destinée à la prévention de la TME dans la Liste des médicaments essentiels, ce qui

doit en faciliter l'achat en gros à des prix négociables. Le deuxième est à porter au crédit du fabricant Glaxo Wellcome, qui a récemment offert de la zidovudine à des prix considérablement réduits (voir l'encadré).

Tout effort d'abaissement du coût de l'utilisation des produits de substitution du lait maternel pour les femmes séropositives doit s'inscrire dans le cadre défini par le Code international de commercialisation de ces produits et par les résolutions subséquentes prises en la matière par l'Assemblée mondiale de la santé. Ce cadre laisse néanmoins une grande marge de manœuvre sur le plan de la négociation du prix, de l'acquisition en gros et de la distribution. À côté des préparations commerciales pour nourrissons, il existe bien d'autres formules moins onéreuses que l'on peut réaliser soi-même à la maison – par exemple à partir de lait animal (voir par exemple *HIV and Infant Feeding*, dans la Sélection d'outils fondamentaux).

Le problème du coût des tests de dépistage du VIH peut être abordé de diverses manières. Depuis 1990, l'OMS aide pays et organismes à se procurer des kits de dépistage de bonne qualité en négociant un prix d'achat en gros auprès des fabricants. Grâce à ce programme, le prix moyen du kit est d'environ un dollar. Près de la moitié de ces kits sont simples et rapides à mettre en œuvre. Agissant en partenariat avec l'ONUSIDA, ce programme continue de négocier des prix et de mettre à jour tous les ans sa liste de kits évalués. Cette liste et les critères sur lesquels se base l'évaluation peuvent être consultés en s'adressant à l'unité Sécurité transfusionnelle et technologie clinique (BCT) de l'OMS, au siège (pour plus ample informé, voir Actualisation ONUSIDA – *Méthodes de dépistage du VIH*).

Créer un cadre optimal pour les prestations de service

Dans les pays dont le système de santé fonctionne bien, le surcroît de coût correspondant aux interventions

Baisse des prix de la ZDV

En mars 1998, Glaxo Wellcome a annoncé une baisse substantielle du prix pour le Retrovir (ZDV) destiné à la prévention de la TME dans les pays en développement. Cette société s'engage aussi désormais à assurer une première livraison de cette substance pour faciliter le lancement d'une nouvelle initiative de l'ONUSIDA en faveur de la mère et de l'enfant sous l'égide de ce même organisme, de l'UNICEF et de l'OMS. Après cela, Glaxo Wellcome accordera un tarif préférentiel pour ce médicament aux partenaires de cet organisme onusien au fur et à mesure de l'extension de l'initiative sur le plan mondial, ainsi qu'aux autres partenaires intéressés de pays en développement souhaitant que cette forme de traitement figure dans leurs programmes de santé publique.

de prévention de la TME peut se révéler d'emblée acceptable. D'autres pays, par contre, peuvent avoir besoin d'un apport de fonds non négligeable pour renforcer leur infrastructure sanitaire et être ainsi en mesure de mettre en place des interventions sur une vaste échelle. Le cas échéant, il doit également être tiré pleinement parti des réseaux traditionnels d'entraide sanitaire et communautaire. Tout effort de cette nature, qui a nécessairement des répercussions favorables sur l'ensemble du secteur sanitaire, doit être encouragé.

Le cadre optimal d'une prévention de la TME se définit par les éléments suivants:

- toutes les femmes doivent être informées sur le VIH et doivent avoir accès à l'information nécessaire pour choisir en connaissance de cause ce qu'elles souhaitent faire sur le plan de la prévention du VIH, de leur santé sexuelle et reproductive et de l'alimentation de leur enfant dans le contexte de cette infection;

Les réponses

- les femmes qui sont enceintes ou envisagent de l'être et leurs partenaires doivent avoir accès aux tests de dépistage et au conseil;
- toutes les femmes enceintes doivent avoir accès à des soins pré- et postnataux et à une assistance compétente lors de l'accouchement. Pour que le traitement court à la zidovudine soit efficace, au minimum une visite prénatale avec suivi est nécessaire avant la 36^e et, de préférence, avant la 34^e semaine de grossesse. Pour pouvoir bénéficier éventuellement de cette intervention, les femmes bénéficiant de soins prénataux avant la 36^e semaine doivent avoir accès au dépistage volontaire et aux conseils. Une assistance compétente au stade de l'accouchement est non moins indispensable si l'on veut bien considérer que le traitement court à la zidovudine implique une administration pendant le travail et pendant l'accouchement lui-même;
- le suivi du nourrisson doit être assuré au moins jusqu'à 18 mois, notamment pour ce qui est de la nutrition et de la prévention des maladies infantiles;
- la mère séropositive et son entourage doivent avoir accès à une assistance médicale ou autre;
- les droits fondamentaux, notamment ceux qui touchent à la reproduction, à la faculté de faire un choix personnel en connaissance de cause ou à la confidentialité, doivent être respectés. Cela veut dire que l'entourage ou le milieu social ne doit pas s'opposer à ce que la femme et les membres de sa famille prennent leurs décisions librement et en connaissance de cause et agissent en conséquence.

Les tests volontaires et les conseils

Toutes les femmes devraient pouvoir se soumettre, si elles le désirent, au test de dépistage du VIH. C'est-à-dire que ce dépistage doit s'effectuer avec le consentement de l'intéressée, dûment informée, en recourant à des moyens de laboratoires fiables et garantissant

totallement la confidentialité (Voir dans la Collection *Meilleures Pratiques de l'ONUSIDA* le document concernant le conseil et le VIH/SIDA). Ce n'est pas seulement dans les cas où les interventions thérapeutiques onéreuses sont disponibles que la femme a intérêt à savoir si elle est séropositive ou non. Il peut en aller de même lorsqu'elle doit faire un choix rationnel quant à l'alimentation du nouveau-né, à l'accès plus précoce aux soins pour elle-même et son enfant, à l'opportunité de mener à terme sa grossesse (lorsque la législation ménage la possibilité de choix dans ce domaine), à son activité sexuelle et sa fécondité.

Il apparaît de moins en moins contestable que ces avantages resteront limités tant que les programmes de conseil et de dépistage en libre consultation destinés à la prévention de la TME ne prendront pas également en considération les partenaires masculins. Une étude récente réalisée en Afrique de l'Ouest a fait apparaître que plus de 80% des femmes acceptent le principe du test VIH dans la mesure où leur partenaire habituel est lui aussi d'accord. Il est opportun d'orienter les deux partenaires sur les mesures de prévention et les comportements réduisant les risques de contamination lorsque les tests révèlent qu'ils sont l'un et l'autre séronégatifs.

Le degré d'acceptation du conseil et du dépistage varie considérablement d'un lieu à l'autre. C'est ainsi que l'on a constaté récemment que dans un centre de santé d'Harare, au Zimbabwe, 33% des femmes seulement étaient ouvertes à cette démarche, contre 90% dans une clinique de Soweto, en Afrique du Sud. Mais avec l'élargissement des formes d'intervention possibles, cette acceptation devrait s'améliorer dans la plupart des cas.

Cependant, lorsque le contexte fait qu'un test positif expose davantage la femme à l'opprobre générale, à la violence ou à l'abandon, l'ONUSIDA préconise vivement de

recourir à des programmes de conseil et de dépistage en libre consultation qui auront été judicieusement conçus et mis en œuvre. C'est seulement en procédant ainsi que les services sociaux et de santé pourront mieux définir les besoins dans ce domaine et mettre en place des systèmes tels qu'un soutien prenant en compte les membres séropositifs de la famille et incluant la planification des naissances, le conseil des couples ou les initiatives plus générales revêtant la forme, par exemple, de campagnes contre la discrimination.

Aiguillage vers les programmes de planification familiale

Toute femme, comme tout homme, a le droit, sans considération de son statut sur le plan du VIH, de déterminer le cours de sa vie et de sa santé reproductive, et d'accéder à une information et à des services de planification familiale qui lui permettent de préserver sa santé et celle de sa famille. Les liens entre les programmes de dépistage du VIH et les services de planification familiale doivent être renforcés, de sorte qu'une femme infectée par le VIH et son partenaire puissent se déterminer en connaissance de cause quant à leur vie reproductive. Il convient de rappeler que l'allaitement au sein a un effet d'espacement des naissances qui est voué à disparaître (et doit donc être compensé) si la femme choisit de ne pas allaiter son enfant. Si ce problème n'est pas abordé dans le cadre d'une activité de conseil et d'éducation, il peut en résulter une aggravation de l'incidence des naissances d'enfants séropositifs.

Programmes relatifs à l'alimentation du nourrisson

L'un des principaux moyens de prévention de la TME consiste à rendre les substituts sûrs et abordables de l'allaitement au sein accessibles là où ils ne le sont pas encore. Dans les pays industrialisés, on conseille aux mères séropositives de ne pas allaiter et, s'il le faut, on

Les réponses

leur fournit gratuitement des préparations spéciales pour l'alimentation du nourrisson. En Thaïlande, où l'accès à l'eau potable est assez généralisé, les mères séropositives commencent à recevoir gratuitement des autorités sanitaires des préparations pour nourrisson et une information sur les facteurs de risque, et sont invitées à ne pas allaiter. De même, dans la plupart des pays d'Amérique latine, les mères séropositives sont incitées à ne pas allaiter elles-mêmes.

Dans divers contextes, plusieurs solutions à la fois réalistes et durables peuvent être envisagées: placer le nouveau-né en nourrice auprès d'une femme de l'entourage proche dont la séronégativité est avérée; utiliser des préparations réalisées sur place à base de lait animal, notamment de vache, de chèvre, de bufflesse ou de brebis. Le lait animal peut certes avoir une composition différente du lait humain et manquer ainsi d'oligo-éléments, notamment de fer, de sorte qu'il est indiqué de la modifier, conformément aux principes nutritionnels reconnus. Mais en fin de compte, quelles que soient les options qui s'offrent, un programme de conseil (avec dépistage librement consenti) est indispensable si l'on veut que la femme enceinte puisse choisir librement et en connaissance de cause et puisse être épaulée, quelle que soit sa décision (voir encadré).

La santé de la mère

Le recours à un traitement de courte durée à la seule ZDV pendant la grossesse augmente, pour la femme séropositive, les chances d'avoir un enfant sain et ce, sans que cela ne soit préjudiciable à sa propre santé. Mais il ne s'agit pas pour autant d'un traitement destiné à elle-même. En règle générale, une femme séropositive ne présente pas de symptômes et, à ce stade de l'infection, il ne lui serait pas profitable de poursuivre sa monothérapie à la ZDV après l'accouchement. Bien au contraire cela compromettrait les chances de succès du même traitement à un

stade ultérieur. Il est beaucoup plus opportun, pour une femme séropositive comme pour les membres de sa famille, d'avoir accès à des médicaments permettant de prévenir ou traiter les infections opportunistes (notamment la tuberculose) et de bénéficier d'un soutien de la part de la société ou de la communauté, loin de tout ostracisme et de toute discrimination.

La monothérapie à la ZDV et la substitution de l'allaitement se conçoivent comme faisant partie intégrante des autres programmes de prévention du VIH/SIDA et de la TME et doivent avoir pour effet d'améliorer:

- la prévention de l'infection par VIH des femmes et de leurs partenaires;
- l'accès volontaire aux tests et au conseil;
- le soin et les autres services de soutien pour les séropositifs;
- les soins pendant la grossesse et l'accouchement et après celui-ci;
- les services de planification familiale.

Les programmes de prévention de la TME auront ainsi de nombreuses retombées favorables sur le plan de la santé de la femme.

Prêcher par l'exemple

Le meilleur moyen d'obtenir un changement au niveau gouvernemental consiste généralement à prouver, par des programmes pilotes soigneusement contrôlés, que les interventions produisent des résultats et à démontrer, par un calcul judicieux, ce qu'il en coûte de ne pas agir pour prévenir ce type de transmission. Les expérimentations de traitements courts à la ZDV sont une source très intéressante de nouveaux éléments d'analyse des coûts et des avantages comparés.

A titre d'exemple, on mentionnera une récente analyse de la prévention de la TME dans les pays à revenu faible ou moyen (voir l'ouvrage de

Marseille, dans la Sélection d'outils fondamentaux). Ont été pris en considération les coûts de la ZDV elle-même, des kits de dépistage, des préparations alimentaires pour nourrissons et des prestations de services. Ces coûts ont été comparés à celui du traitement d'un enfant contaminé. Ils s'élèvent à 53 dollars US par année de vie corrigée de l'incapacité (DALY) en milieu rural en Tanzanie, chiffre qui supporte avantageusement la comparaison avec celui d'autres interventions, liées ou non au VIH, en Afrique subsaharienne. (Il est intéressant de noter que, pour la Banque mondiale, les interventions revenant à 50 dollars environ par DALY sont à envisager plus favorablement que les autres modes d'utilisation des ressources sanitaires dans les pays à revenu faible ou moyen). En Thaïlande, où la prévalence du VIH est plus faible et où, par conséquent, le dépistage et le conseil ont un coût relativement plus élevé, rapporté au nombre de femmes se révélant séropositives, ce programme est néanmoins jugé plus rentable, avec une DALY de 132 dollars US. Or, si les coûts du dépistage volontaire et du conseil sont couverts par d'autres activités concernant le VIH, l'intervention visant la prévention de la TME devient économique.

Le budget des programmes requis pour une population de 10 millions de personnes en Tanzanie et en Thaïlande s'élèveraient respectivement à environ 4,6 et 2,2 millions de dollars. A moyen ou plus long terme il devrait être possible d'abaisser les coûts en achetant en gros les médicaments et les kits de dépistage, en faisant porter plus particulièrement les efforts sur les secteurs à forte prévalence et en rationalisant la prestation de services.

Le VIH et l'allaitement au sein: principes à l'usage des décideurs



Compte tenu, d'une part, de l'importance de l'allaitement au sein pour la santé de l'enfant et, d'autre part, du risque avéré de transmission du VIH de la mère à l'enfant, il est aujourd'hui capital que les autorités sanitaires aient une politique en matière d'infection par VIH et d'alimentation du nourrisson. Les passages reproduits ci-après, qui sont extraits des recommandations communes de l'ONUSIDA, de l'UNICEF et de l'OMS concernant le VIH et l'alimentation du nourrisson apporteront aux décideurs les éléments clé. (Le texte in extenso de ces recommandations peut être demandé à l'ONUSIDA ou consulté par Internet à l'adresse suivante: <http://www.unaids.org/highband/document/epidemo/infant.html>).

Les décideurs ne doivent pas méconnaître que:

... si les pouvoirs publics offrent gratuitement des produits de substitution du lait maternel à des femmes séropositives qui choisissent de ne pas allaiter leur enfant, celles-ci doivent pouvoir compter sur ces produits pendant au moins six mois. A cela s'ajoute le coût des compléments en oligo-éléments et des soins de santé supplémentaires que nécessitent les enfants non alimentés au sein. En contrepartie, on gagnera sur un autre plan puisqu'il y aura moins d'enfants malades du SIDA à soigner.

... les risques associés à l'octroi de produits de substitution doivent peser moins lourd que les risques de transmission du VIH par allaitement au sein, dans le cas contraire, il n'y a pas lieu de recourir à cette solution. Pour apprécier la situation, les éléments déterminants sont les compétences et l'engagement du personnel de santé, l'approvisionnement en eau potable, la disponibilité de combustible abordable, l'accès sans entrave à des soins de santé de qualité pour la mère et l'enfant et un soutien solide de la part des orienteurs et/ou des travailleurs sociaux. Les femmes qui choisissent de ne pas allaiter ont plus besoin de soutien et de conseils.

... si l'on propose des produits de substitution du lait maternel, ces produits doivent être distribués rationnellement aux femmes qui sont fondées à en bénéficier, en évitant tout gaspillage par une distribution sans discernement aux femmes qui ne sont pas séropositives ou ne savent pas si elles le sont.



Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) est le principal ambassadeur de l'action mondiale contre le VIH/SIDA. Il unit dans un même effort les activités de lutte contre l'épidémie de six organisations des Nations Unies: le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et la Banque mondiale.

L'ONUSIDA mobilise les actions contre l'épidémie de ses six organismes coparrainants, tout en ajoutant à ces efforts des initiatives spéciales. Son but est de conduire et de soutenir l'élargissement de l'action internationale contre le VIH sur tous les fronts et dans tous les domaines – médical, social, économique, culturel et politique, santé publique et droits de la personne. L'ONUSIDA travaille avec un large éventail de partenaires – gouvernements et ONG, spécialistes/chercheurs et non spécialistes – en vue de l'échange des connaissances, des compétences et des meilleures pratiques à l'échelle mondiale.

Sélection d'outils fondamentaux

Connor EM, Sperling RS, Gelber R et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. *New England Journal of Medicine*, 1994;

331:1173-80. Cette étude, réalisée en France et aux Etats-Unis en 1993 sur 477 femmes enceintes séropositives a fait apparaître une réduction réelle des cas de TME grâce à une administration de zidovudine à la mère pendant la grossesse et l'accouchement et au nouveau-né.

Dunn DT, Newell ML, Ades AE, Peckham CS. Risk of human immunodeficiency virus type 1 transmission through breastfeeding. *The Lancet*, 1992; **340**:585-588. Analyse de neuf études tendant à déterminer le risque quantitatif de transmission du VIH par l'allaitement au sein.

Mandelbrot L, Mayaux MJ, Bongain A et al. Obstetric factors and mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus type 1: the French prenatal cohort. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1996; **175**:661-667. On examine, dans cette étude, le lien entre risque de transmission et accouchement prématuré, hémorragie pendant l'accouchement et procédures obstétricales.

Marseilles E, Kahn KG, Saba J. The cost-effectiveness of short-course zidovudine therapy to reduce mother-to-child transmission of HIV

in Tanzania and Thailand. Douzième conférence mondiale sur le SIDA, 1998 (texte de synthèse n° 23598).

Modélisation du rapport coût-efficacité du traitement court à la zidovudine associé ou non à la substitution de l'allaitement au sein dans des pays à niveau de revenu faible ou moyen.

Msellati P, Newell M-J, Dabis F. Rates of mother-to-child transmission of HIV-1 in Africa, America and Europe: results from 13 perinatal studies.

Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology, 1995; **8**:506-510. Cette étude, qui porte sur les taux de transmission du VIH-1 chez des femmes diagnostiquées séropositives, aboutit à recommander deux méthodes normalisées de calcul des taux à partir d'études différentes, réalisées dans diverses parties du monde.

Newell ML, Gray G, Bryson Y. Prevention of mother-to-child transmission of HIV infection. *AIDS*, 1997; **11**(suppl A): S165-S172. Débat concernant les types d'intervention actuellement disponibles ou en cours d'expérimentation.

Kuhn L, Stein Z. Infant survival, HIV infection, and feeding alternatives in less-developed countries. *American Journal of Public Health*, 1997; **87**:926-931. Simulation de trois modèles d'alimentation du nourrisson sur la base de diverses estimations de la mortalité non liée

au SIDA et du risque de transmission mère-enfant. La fréquence la plus basse d'issues défavorables est enregistrée dans le cas où aucune femme séropositive n'allaita et où toutes les femmes séronégatives allaitent.

Reggy A, Simonds RJ, Rogers M. Preventing perinatal HIV transmission. *AIDS*, 1997, **11** (suppl A): S61-S67. Discussion des facteurs de risque de transmission mère-enfant et des types d'intervention actuellement praticables ou en cours d'expérimentation.

ONUSIDA, UNICEF et OMS. *HIV and infant feeding*. Genève: ONUSIDA, UNICEF et OMS, 1998. Trois modules ont été publiés:

1) Guidelines for decision-makers; 2) A guide for health care managers and supervisors; 3) A review of HIV transmission through breastfeeding. Consultable sur le site ONUSIDA, à l'adresse suivante: <http://www.unaids.org/highband/document/mother-to-child/index.html>.

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) 1999. Version originale anglaise, Octobre 1998. *Mother-to-child transmission of HIV: Technical update*. Traduction – ONUSIDA. Tous droits de reproduction réservés. Cette publication peut être librement commentée, citée, reproduite ou traduite, partiellement ou en totalité, à condition de mentionner la source. Elle ne saurait cependant être vendue ni utilisée à des fins commerciales sans l'accord préalable, écrit, de l'ONUSIDA. (Contact: Centre d'Information de l'ONUSIDA, Genève – voir page 2) Les opinions exprimées dans les documents par les auteurs cités n'engagent que lesdits auteurs. Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'ONUSIDA aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'ONUSIDA de préférence à d'autres de même nature qui ne sont pas mentionnés. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.