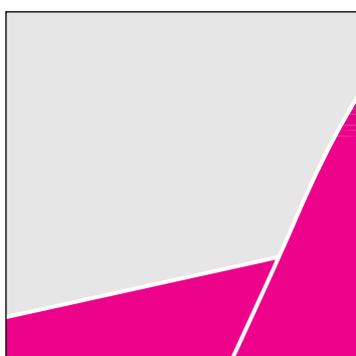


Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

Options stratégiques



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
ONUSIDA
UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUCID
UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

Collection Meilleures Pratiques de l'ONUSIDA
Outils Fondamentaux

ONUSIDA/99.40F (version française, octobre 1999)

Version originale anglaise, UNAIDS/99.40E, août 1999:
Prevention of HIV transmission from mother to child: Strategic options
Traduction – ONUSIDA

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) 1999. Tous droits de reproduction réservés.

Ce document, qui n'est pas une publication officielle de l'ONUSIDA, peut être librement commenté, cité, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, à condition de mentionner la source. Il ne saurait cependant être vendu ni utilisé à des fins commerciales sans l'accord préalable, écrit, de l'ONUSIDA (contacter le Centre d'Information de l'ONUSIDA).

Les prises de position exprimées par les auteurs cités dans le document n'engagent que la responsabilité de ces 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. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

Options stratégiques



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
ONUSIDA
UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUCID
UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

ONUSIDA
Genève, Suisse
1999

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| 1. Introduction | 5 |
| 1.1 Le risque de transmission mère-enfant | 6 |
| 1.2 Stratégies de prévention | 6 |
| 1.3 Le coût de l'inaction | 7 |
| <hr/> | |
| 2. Problèmes principaux en matière de décision | 7 |
| 2.1 Conseil et dépistage volontaire | 7 |
| 2.2 Stigmatisation et discrimination | 8 |
| 2.3 Systèmes de santé | 9 |
| 2.4 Allaitement artificiel | 10 |
| <hr/> | |
| 3. Projets pilotes | 10 |
| <hr/> | |
| 4. Les bénéfices plus larges des programmes de prévention de la transmission mère-enfant | 11 |
| <hr/> | |
| 5. Une question d'éthique | 11 |
| <hr/> | |
| 6. Accessibilité financière et rapport coût/efficacité de la stratégie | 13 |
| <hr/> | |
| 7. Arbre de décision | 15 |
| <hr/> | |
| Liste des documents | 17 |
| <hr/> | |

Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

Options stratégiques

1. Introduction

La transmission de la mère à l'enfant est de loin la source la plus importante d'infection à VIH chez l'enfant de moins de 15 ans. Dans les pays où les produits sanguins bénéficient d'un dépistage systématique et où l'on dispose largement de seringues et d'aiguilles stériles, c'est virtuellement la seule source d'infection chez les jeunes enfants.

Jusqu'ici l'épidémie de SIDA a emporté près de trois millions d'enfants et un million d'enfants vivent infectés par le VIH à l'heure actuelle. Dans le monde, 10% des infections nouvelles contractées en 1998 concernaient des enfants. Bien que l'Afrique ne compte que 10% de la population mondiale, c'est là que naissent 90% des bébés infectés par le VIH, sous l'effet combiné d'une prévalence élevée de l'infection et d'un fort taux de natalité. Dans les villes d'Afrique australe, on voit communément des taux d'infection par le VIH de 20 à 30% chez des femmes enceintes testées anonymement dans des consultations prénatales. On a même enregistré des taux de 59 voire 70% au Zimbabwe et 43% au Botswana.

Il n'y a cependant pas de quoi pavoiser dans les autres régions. Les pays africains ont été les premiers touchés par l'épidémie et il est logique qu'elle soit à un stade avancé sur ce continent. Mais à présent le virus se répand à grande vitesse à travers les autres régions et la proportion de femmes infectées augmente partout. Il y a actuellement 12 millions de femmes en âge de procréer infectées dans le monde. Et le nombre de bébés qui sont infectés par leur mère augmente rapidement dans diverses régions notamment en Inde et en Asie du Sud-Est.

L'impact de l'épidémie sur les jeunes enfants est grave et lourd de conséquences. Le SIDA menace d'anéantir des années de progrès dans la survie de l'enfant et a déjà multiplié par deux la mortalité infantile dans les pays les plus touchés. A Harare, Zimbabwe, par exemple, la mortalité infantile est passée de 30 à 60 pour 1000 entre 1990 et 1996. Et les décès d'enfants entre un et cinq ans, la tranche d'âge massivement tou-

chée par le SIDA, ont augmenté de façon encore plus nette, de 8 à 20 pour 1000 dans la même période.

1.1 Le risque de transmission mère-enfant

Le virus peut être transmis durant la grossesse (surtout vers la fin), l'accouchement ou pendant l'allaitement maternel. En l'absence de mesures préventives, le risque de transmission varie de 15 à 25% dans les pays industrialisés et de 25 à 35% dans les pays en développement. Cette différence est largement imputable aux pratiques alimentaires: l'allaitement maternel est plus fréquent et habituellement beaucoup plus prolongé dans les pays en développement.

1.2 Stratégies de prévention

Jusqu'à une époque récente, les pays disposaient de deux stratégies principales pour limiter le nombre d'enfants infectés:

- La *prévention primaire* qui consiste à essayer de prévenir l'infection chez les femmes en âge de procréer;
- La disponibilité de *services de planification familiale* voire d'interruption de grossesse dans les pays où cette dernière est légale pour permettre aux femmes d'éviter les grossesses non souhaitées.

Ces deux options restent les stratégies principales de réduction de l'infection par le VIH chez les jeunes enfants et constituent les activités essentielles des campagnes nationales. Aujourd'hui, il y a cependant une troisième option pour les femmes VIH-positives qui souhaitent avoir un enfant. Elle consiste en un traitement antirétroviral pour la mère (et parfois l'enfant) et une alimentation de remplacement pour l'enfant. Un essai récent en Thaïlande a montré qu'une administration brève de zidovudine (ZDV) pouvait ramener à moins de 10% le risque de transmission à condition d'éviter strictement l'allaitement maternel. On disposera bientôt d'autres protocoles comportant des administrations brèves d'autres médicaments antirétroviraux quelquefois associés. De plus, des études sont en cours pour déterminer ce qui se passe si les mères décident ensuite d'allaiter leurs enfants. Il s'agit là d'une question cruciale car la majorité des femmes VIH-positives vient de cultures où l'allaitement maternel constitue la norme et où une alimentation alternative présente de grandes difficultés.

Mettre en place une stratégie de traitement antirétroviral et d'alimentation alternative est un processus complexe. Si les mères veulent bénéficier de cette intervention, elles doivent connaître leur séropositivité, et donc avoir accès à un dépistage volontaire et aux services de conseil. Il faut donc en évaluer soigneusement les coûts et les bénéfices. Les décideurs doivent juger quel type de programme est faisable et approprié à leur pays et s'il est utile de tester un modèle de la stratégie choisie au

sein d'un projet pilote avant de l'appliquer au pays en entier. Un tel programme requiert un système de soins de santé primaires fonctionnant de façon efficace et offrant certains services clés comme base d'introduction de la stratégie concernée. Là où ces conditions ne sont pas encore réunies, il faut décider comment renforcer les infrastructures de santé, quel calendrier serait réaliste et quels sont les autres éléments indispensables pour introduire avec succès et en toute sécurité le traitement anti-rétroviral et l'alimentation de remplacement.

Le but de cet article est de revoir les problèmes clés à envisager lors des décisions politiques et de proposer des manières d'adapter la stratégie aux conditions locales. Il s'adresse à tous ceux qui ont un rôle à jouer et un intérêt particulier dans les décisions politiques concernant la prévention du SIDA et les soins afférents.

1.3 Le coût de l'inaction

Le coût d'une passivité totale devant la transmission mère-enfant dépend essentiellement de la prévalence de l'infection à VIH parmi les futurs parents. Dans des régions où 20% ou plus des femmes enceintes sont VIH-positives, le coût des soins aux enfants malades du SIDA sera énorme et on assistera à une perte significative des bénéfices du gigantesque engagement de temps, d'énergie et de ressources consacré à réduire la mortalité et la morbidité des enfants pendant les dernières décennies. Là où la prévalence est faible, les coûts des soins de santé pour les enfants infectés resteront assez faibles aussi et le gaspillage des ressources déjà consacrées à la survie de l'enfant sera moins dramatique. Cependant, le coût pour les familles et les communautés ne se mesure pas seulement en termes financiers et de nombreux couples seront confrontés à la maladie de leurs bébés contaminés tout en se battant pour faire face à leur propre maladie.

2. Problèmes principaux en matière de décision

2.1 Conseil et dépistage volontaire

Pour que les femmes puissent profiter des mesures de réduction de la transmission mère-enfant, elles devront connaître et accepter leur statut vis-à-vis du VIH. Les services de dépistage volontaire et de conseil doivent donc être largement disponibles et acceptables. Idéalement chacun devrait y avoir accès puisqu'il y a des avantages certains à connaître son statut. Les personnes qui savent qu'elles sont infectées par le VIH ont plus de chances d'être motivées à se soucier de leur santé, à modifier peut-être leurs comportements et leur mode de vie et à consulter rapidement en cas de problème. Elles peuvent prendre des décisions éclairées en matière de vie sexuelle, de procréation et d'alimentation du bébé et faire en sorte de protéger leurs partenaires non encore infectés. Celles dont les résultats

sont négatifs peuvent apprendre comment se protéger elles-mêmes et protéger leurs enfants. De plus, le conseil et le dépistage volontaire ont un rôle majeur à jouer dans le déni de l'épidémie: ils aident les sociétés qui ne connaissent que les malades du SIDA à réaliser qu'il y a beaucoup plus de personnes vivant avec le VIH sans signes extérieurs que de malades. Il faut cependant insister sur le fait qu'il n'y a aucune raison de faire un dépistage si les personnes dépistées n'ont pas de possibilités d'agir en fonction des résultats du test.

Cependant, offrir un dépistage volontaire et des services de conseil à toute la population n'est pas forcément justifié dans les pays où la prévalence est basse et les ressources limitées. Et même lorsque la prévalence le justifierait, ce ne serait pas une option réaliste dans certains pays car l'infrastructure de santé n'y est pas assez solide pour soutenir ce service. En effet, en dehors du coût et des nécessités pratiques du dépistage et du conseil, il faut également des services de base de prise en charge vers lesquels les personnes VIH-positives peuvent être orientées. Ce sont la planification familiale, la prévention et le traitement des maladies sexuellement transmissibles (MST), la protection maternelle et infantile (PMI) et les soins aux personnes infectées, notamment la prévention et le traitement des infections opportunistes, le conseil et le soutien psychologique.

Les décideurs doivent déterminer le type de services et de conseils les plus appropriés et les plus faisables en fonction des conditions locales et les efforts éventuellement nécessaires pour renforcer le système de santé qui les soutient. Il faut en particulier choisir entre le dépistage volontaire et le conseil disponible pour toute la population et le dépistage ciblé; ce peut être soit un dépistage ciblé prénatal s'adressant aux femmes ou aux couples qui utilisent les services de santé reproductive dans les zones où la prévalence du VIH est particulièrement élevée; ce peut être encore un dépistage prénatal systématique offert à toutes les femmes fréquentant les services prénatals.

2.2 Stigmatisation et discrimination

Les mesures de réduction de la transmission mère-enfant du VIH, notamment l'administration de médicaments antirétroviraux et le fait de ne pas allaiter, ne permettent pas aux femmes VIH-positives de cacher leur infection à leurs familles et à la communauté. Il est donc essentiel pour la sécurité et l'acceptabilité des interventions de réduction de la transmission mère-enfant de lutter efficacement contre le rejet des personnes infectées par le VIH. Si les femmes craignent la discrimination, la violence voire le meurtre lorsqu'elles sont identifiées comme VIH-positives, elles seront réticentes ou totalement incapables de profiter de la possibilité de préserver leurs bébés de l'infection. Il faut particulièrement s'attacher à créer chez le personnel de santé une attitude positive et dénuée de jugement vis-à-vis de l'infection à VIH et du SIDA de façon à ce qu'il puisse servir les clients

avec empathie. Dans les endroits où la stigmatisation est un problème grave, il serait judicieux d'introduire la stratégie antirétrovirale de réduction de la transmission mère-enfant dans le cadre d'un programme pilote initialement de façon à pouvoir surveiller les risques et tester différentes manières de faire face à la stigmatisation et à la discrimination.

Il est encore très fréquent que les femmes soient blâmées pour avoir disséminé les MST, notamment le VIH, alors qu'elles sont très souvent infectées par un mari ou un partenaire auquel elles sont fidèles. Il est judicieux de proposer également le dépistage volontaire et un service de conseil aux partenaires de femmes enceintes, lorsque cela est faisable et souhaité par la femme, pour remettre en question ce préjugé répandu et encourager une prise de responsabilité conjointe en matière de procréation et de toutes décisions qui y sont liées.

2.3 Systèmes de santé

Un programme de dépistage, de traitement antirétroviral et d'allaitement artificiel ne peut être instauré que là où existe un système de santé fonctionnant bien et disposant des services clés. Les services essentiels comprennent la PMI, notamment des soins prénatals, obstétricaux et postnatals largement disponibles et acceptables. Les services de conseil, de planification familiale et de prise en charge des personnes VIH-positives devraient également être inclus dans les services de base. Ces services doivent être préparés à l'intégration du nouveau programme. Il faut en particulier assurer:

- a) un accès facile et la confidentialité pour les clients ce qui requiert souvent une réorganisation des diverses activités;
- b) une continuité des soins et une bonne circulation de l'information entre les diverses unités impliquées dans la prise en charge des patients VIH-positifs;
- c) une supervision technique destinée à améliorer la qualité des services;
- d) des occasions pour les clients d'exprimer leurs besoins et leurs façons de voir les choses.

Quand les services de base sont déjà en place et fonctionnent de façon efficace, le coût du conseil et du dépistage volontaire, du traitement antirétroviral et de l'allaitement artificiel a des chances d'être équitablement réparti à travers le système de santé et assez facile à absorber. Par contre, là où les infrastructures de santé requièrent un renforcement considérable voire une refonte complète en vue de soutenir le nouveau programme, le coût ajouté sera plus lourd. Comme l'expansion et l'amélioration du système de santé est bénéfique pour toute la société, il est important de ne pas s'attendre à ce que le programme de transmission mère-enfant supporte une part indue, voire paralysante, des coûts et de la responsabilité. Pour que les programmes soient maintenus à long terme, le fardeau financier doit être

réparti équitablement à travers le système de santé. Les décideurs doivent aussi tenir compte du fait qu'une amélioration de l'accès et de la qualité des services a tendance à augmenter les attentes du public en matière de santé donc la demande de services.

2.4 Allaitement artificiel

Il s'agit d'une question délicate¹. La promotion de l'allaitement maternel comme le meilleur mode d'alimentation du nourrisson a été la pierre angulaire des stratégies de santé et de survie de l'enfant depuis deux décennies et a joué un rôle majeur dans la réduction de la mortalité infantile dans de nombreuses régions du monde. Il reste la meilleure option pour la grande majorité des enfants et les décideurs, qui vont offrir l'allaitement artificiel dans le cadre de la stratégie de réduction de la transmission mère-enfant, doivent tenir compte de deux risques: celui de saper l'allaitement maternel en général et celui de relâcher le contrôle de la promotion des laits artificiels par l'industrie alimentaire. Ils doivent aussi évaluer l'innocuité de l'allaitement artificiel dans les conditions locales. Le lait en poudre pour bébés est-il facilement disponible? L'approvisionnement est-il assuré à long terme? Les mères ont-elle accès à de l'eau propre et à un combustible pour la faire bouillir? Sont-elles suffisamment éduquées et informées pour préparer le lait de substitution correctement? En effet, une utilisation incorrecte telle qu'une dilution dans de l'eau malpropre non bouillie ou une dilution excessive peut entraîner des infections parfois mortelles et une malnutrition. Là où les risques associés à l'allaitement artificiel sont mal évalués, il est nécessaire de les évaluer clairement et des stratégies pour minimiser ces risques doivent être testées dans le cadre de projets pilotes. Enfin, le fait que l'effet contraceptif de l'allaitement maternel soit inactivé rend d'autant plus nécessaire la disponibilité des services de planification familiale dans le cadre des soins du post-partum.

3. Projets pilotes

Dans de nombreux endroits, il sera judicieux d'introduire le dépistage volontaire et le conseil prénatal, le traitement antirétroviral et l'alimentation de substitution de façon initialement limitée dans le cadre de programmes pilotes afin de tirer des leçons sur la meilleure manière de faire fonctionner ce nouveau service avant de l'introduire plus largement. Il est essentiel d'assurer un suivi et une évaluation soigneux de ce type d'exercice et de planifier cette évaluation dès le début. Les programmes pilotes sont particulièrement importants dans les endroits où la stigmatisation des personnes infectées par le VIH est courante et où l'on a des doutes sur la sécurité d'emploi des substituts du lait maternel ou sur l'acceptabilité du dépistage et du conseil. Il faut choisir des sites pilotes qui aient des bons services de base (conformes à la description ci-dessus) déjà en place. C'est seulement si les projets réussissent dans ces conditions optimales qu'il est envisageable de poursuivre les programmes dans des environnements plus difficiles.

¹ Pour une discussion complète sur ce thème, voir *HIV and Infant Feeding: Guidelines for decision-makers*. UNAIDS/98.3. Version française en préparation.

L'intégration des services est un besoin clé: les mesures de prévention de la transmission mère-enfant du VIH ne sont qu'une partie des programmes nationaux pour lutter contre le SIDA et devraient avoir des liens étroits avec tous les autres éléments de ces programmes comme la prévention primaire de l'infection, les soins aux personnes infectées et le soutien des orphelins.

4. Les bénéfices plus larges des programmes de prévention de la transmission mère-enfant

Offrir un dépistage volontaire et des services de conseil, un traitement anti-rétroviral et un allaitement artificiel pour la réduction de la transmission mère-enfant a des bénéfices qui vont bien au-delà de ceux liés directement à la santé et à la survie des nourrissons. Toutes les femmes enceintes, toutes les mères et tous les nourrissons bénéficieront d'une offre de soins plus large et de meilleure qualité, notamment en matière de PMI, de soins pré- et postnatals et obstétricaux. Et la population entière bénéficiera d'un renforcement général des infrastructures de santé de même que d'une meilleure compréhension et acceptation de l'épidémie de SIDA et de ceux qu'elle affecte grâce au conseil et au dépistage ainsi qu'aux mesures destinées à combattre la stigmatisation. La décision d'introduire l'ensemble de ces mesures peut, en premier lieu, être une source de changement social, donnant l'occasion et l'élan nécessaires pour affronter des problèmes souvent anciens tels que l'insuffisance des services et les attitudes oppressives.

5. Une question d'éthique

Le principe qui guide l'introduction de toute mesure de réduction de la transmission mère-enfant est le droit absolu pour une femme enceinte de choisir d'en profiter ou non, une fois qu'elle a été dûment informée. Une attitude coercitive n'est justifiée en aucune circonstance même si l'intervention semble être dans le meilleur intérêt de la femme et de l'enfant et son choix doit toujours être accepté et respecté.

L'introduction de programmes de traitement antirétroviral pour la réduction de la transmission mère-enfant dans des pays où ces médicaments ne sont pas disponibles pour traiter les autres personnes infectées a soulevé un débat souvent orageux sur les implications éthiques de ce programme. La question est là: si l'accès de la mère au traitement antirétroviral est limité à la période de la grossesse et de l'accouchement, cela revient-il à traiter la mère uniquement pour sauver son bébé?

En fait, cette question est basée sur une perception erronée, car un médicament antirétroviral utilisé dans le cadre de la réduction de la transmission mère-enfant n'est pas vraiment un traitement mais plutôt une sorte de «vaccin» pour le bébé. On peut le comparer à la vaccination contre la

rubéole administrée à la mère pour protéger ses enfants des effets tératogènes du virus. Or cette vaccination ne soulève pas de contestation alors qu'on pourrait aussi la voir comme une façon de traiter la mère uniquement pour le bien de l'enfant.

Le fait que les médicaments antirétroviraux puissent servir deux objectifs différents – comme «vaccin» du nourrisson contre la transmission mère-enfant du VIH et comme traitement des sujets infectés – est bien sûr très significatif. Mais le problème du traitement antirétroviral des personnes infectées doit être envisagé séparément de celui de la prévention de la transmission mère-enfant. Il doit faire l'objet d'un débat et de décisions politiques spécifiques. Cependant, il reste le principe que l'adoption d'une stratégie de traitement antirétroviral et d'allaitement artificiel doit s'accompagner de l'assurance pour les femmes VIH-positives de recevoir les meilleurs soins possibles. Dans certains endroits, les médicaments antirétroviraux seront également disponibles pour le traitement de la mère; dans d'autres, ce traitement ne sera simplement pas faisable.

Il est également important de noter qu'une administration brève de médicaments antirétroviraux pendant la grossesse accroît les chances de donner naissance à un enfant non infecté sans nuire à la mère. Le seul effet secondaire éventuel est une anémie. Mais toute personne prenant un antirétroviral devrait bénéficier d'un dépistage d'anémie et, le cas échéant, être soignée. On s'inquiète parfois du risque de sélection de souches de VIH résistantes aux antirétroviraux, mais ce risque est minime avec un traitement aussi bref.

Une autre préoccupation tient au fait que cette stratégie pourrait majorer le problème des orphelins et accroître le fardeau de leur prise en charge par les familles et la société. On estime généralement que les enfants nés d'une mère VIH-positif ne survivent pas assez longtemps pour devenir orphelins. Mais cela est à nouveau une idée fautive: en l'absence de mesure de prévention, 65% des enfants de mère VIH-positif échappent à l'infection et risquent de devenir orphelins. Parmi les 35% infectés, beaucoup survivront sans doute à leur mère. Avec la stratégie de prévention, le pourcentage d'enfants non infectés risquant de devenir orphelins sera proche de 90%, mais parallèlement le pourcentage d'orphelins infectés sera divisé par deux ou trois. Donc, avec ou sans l'intervention, la majorité des bébés nés de mères VIH-positives sera exposée au risque de devenir orphelin. L'intervention n'affecte donc pas de façon significative le besoin pour les sociétés de prendre des dispositions pour ces enfants. Par contre, grâce à l'intervention, bien moins d'orphelins seront VIH-positifs et leurs besoins en soins médicaux, souvent prolongés, seront considérablement réduits ce qui modifie significativement la planification des soins et l'allocation des ressources. On peut aussi remarquer que l'amélioration des soins périnataux et du diagnostic de l'infection à VIH, en favorisant l'accès éventuel à des soins précoces,

pourrait prolonger la vie des mères. Enfin, les femmes VIH-positives pourraient assumer plus facilement et donc plus longtemps la charge d'éducation des enfants si elles n'ont pas à s'occuper d'enfants malades. Donc les enfants bénéficieront des soins et de la présence de leur mère plus longtemps

6. Accessibilité financière et rapport coût/efficacité de la stratégie

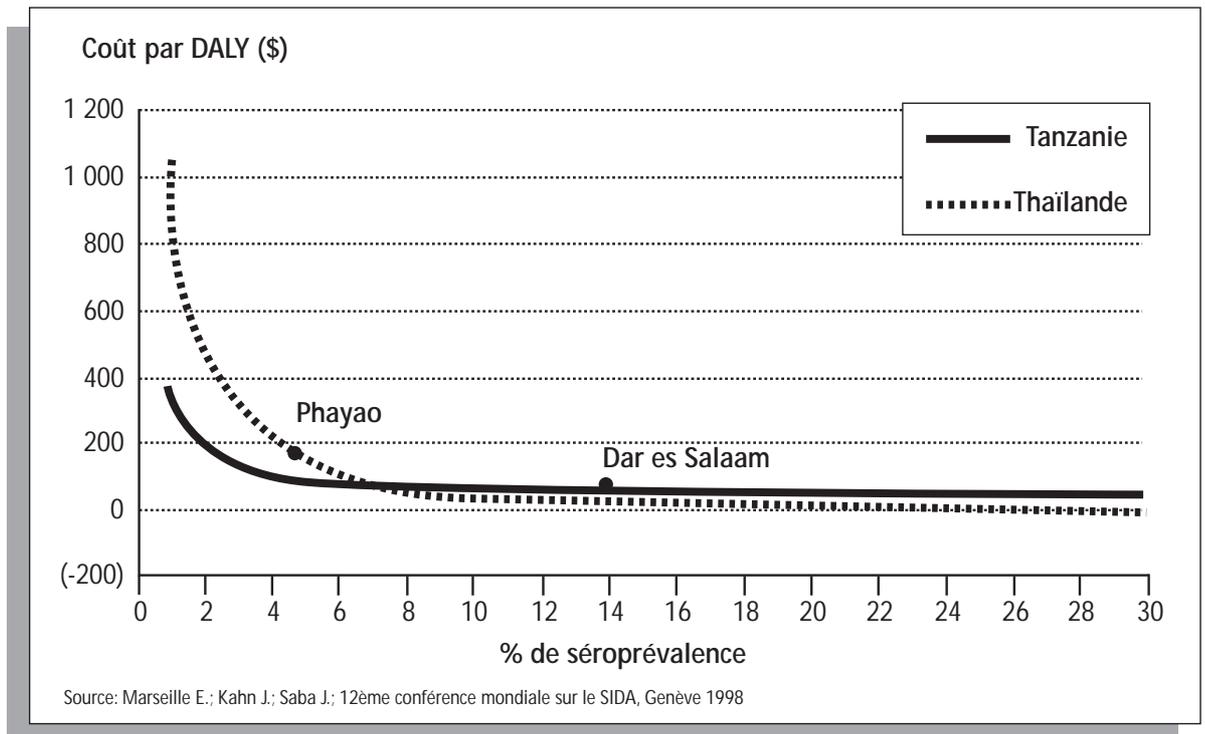
L'accessibilité financière des médicaments antirétroviraux et de l'alimentation de remplacement dépendra en grande partie de l'état de l'infrastructure de santé du pays ou du district et du degré de renforcement nécessaire avant l'introduction de la stratégie.

Les médicaments antirétroviraux pour les mères VIH-positives et l'alimentation de remplacement pour leurs bébés sont accessibles dans la majorité des pays ou des districts où il existe déjà un système de soins fonctionnel. Par exemple, les pays qui négocieraient un prix de 50 US\$ d'antirétroviraux par femme et de 50 US\$ de lait en poudre pour six mois dépenseraient environ 130 US\$ par femme enceinte VIH-positive, y compris les autres coûts notamment celui des services de conseil aux personnes séropositives. Dans un pays où le taux de natalité est de 40 pour 1000 et la prévalence du VIH chez les femmes enceintes de 15%, en admettant que toutes les femmes connaissant leur statut (ce qu'on estime à 10% des femmes infectées) acceptent l'intervention, le coût per capita des éléments spécifiques (médicaments antirétroviraux et lait en poudre) serait de 0,08 US\$². Il est probable que les traitements antirétroviraux beaucoup plus brefs en cours d'essai (PETRA et névirapine en Ouganda) soient encore moins onéreux que le traitement d'un mois avec la ZDV que l'on recommande actuellement. Ce calcul ne tient pas compte des économies réalisées en matière notamment de soins de santé des enfants VIH-positifs, qui bien que très faibles dans certains pays, peuvent être élevés dans d'autres. Ces économies pourraient largement compenser les dépenses. Ce calcul ne tient pas non plus compte du bénéfice de l'intervention pour la population générale qui peut être considérable.

Le dépistage et le conseil doivent aussi être pris en compte. Si leur coût doit être supporté uniquement par le programme de prévention de la transmission mère-enfant, le rapport coût-efficacité de cette stratégie dépendra de la prévalence locale du VIH: plus elle sera basse, plus il coûtera cher d'identifier une femme enceinte VIH-positive. La modélisation montre que le rapport coût-efficacité reste relativement stable pour une prévalence de 5 à 10% et au-delà, mais en deçà de 5%, le rapport coût-efficacité décroît rapidement avec la prévalence. Dans ce cas, il est plus rentable de cibler les femmes enceintes ou celles qui s'apprentent à le devenir dans des sous-groupes de population spécifiques plus touchés.

² Coût per capita = coût par femme x taux de natalité x taux de prévalence du VIH x proportion des femmes connaissant leur statut: 130 US\$ x 0,04 x 0,15 x 0,1 = 0,08 US\$ per capita.

Figure 1. Rapport coût-efficacité en fonction de la prévalence du VIH



Là où la prévalence est élevée, le coût d'un programme de dépistage et de conseil volontaires, de médicaments antirétroviraux et d'aliments de substitution est comparable à celui d'une intervention pour un autre problème de santé. Pour une prévalence de plus de 5% par exemple, la stratégie coûte environ 35 US\$ par DALY (année de vie ajustée sur l'incapacité) par rapport à 20-40 US\$ pour les vaccinations contre la polio et la diphtérie et 200-400 US\$ pour la prévention de l'onchocercose.

Définition

Un DALY (disability adjusted life year) est le nombre d'années de vie sauvées grâce à une intervention particulière, avec une décote légère pour chaque année successive pour tenir compte du fait que la qualité de vie diminue avec le temps et que le risque de mourir d'autres maladies augmente. Si bien que la première année de vie sauvée par l'intervention compte comme une année pleine alors que chaque année qui suit compte un peu moins chaque fois. Le grand intérêt des DALY est de refléter à la fois la qualité de vie et les chances de survie et de permettre de comparer facilement différents types d'intervention.

7. Arbre de décision

Il est clair que le contexte national et local aura une influence majeure sur les décisions concernant l'adoption du dépistage et du conseil volontaires, du traitement antirétroviral et de l'alimentation de substitution. L'arbre de décision ci-dessous peut aider les décideurs au niveau national et local à décider: *a)* le niveau approprié de fourniture de ces services, et *b)* le meilleur modèle opérationnel de la stratégie.

Les facteurs influençant la décision:

- La séroprévalence du VIH dans le pays ou la communauté déterminera les coûts de l'inaction et les rapports coût-efficacité respectifs de différentes stratégies de dépistage.
- Les attitudes vis-à-vis du VIH dans le pays ou la communauté détermineront le risque de discrimination vis-à-vis des femmes VIH-positives, la probabilité de violation de leurs droits et l'acceptabilité attendue de l'intervention.
- Les risques associés à l'alimentation de substitution détermineront si l'intervention peut ou non être introduite d'emblée à grande échelle ou s'il est préférable de commencer par des programmes pilotes de façon à en tirer des leçons pour rendre l'alimentation de substitution plus sûre.
- L'état du système de santé et de PMI existant déterminera le niveau d'efforts et de ressources nécessaires pour le renforcer suffisamment pour soutenir le nouveau programme.
- La maturité de l'épidémie et le niveau de soutien social qui s'est développé pour y faire face détermineront le poids du fardeau qui sera imposé au programme de transmission mère-enfant par le biais d'une demande accrue de soins de santé et de conseil.
- Les bénéfices potentiels pour la société devront être pris en compte lorsqu'on comparera les coûts et les bénéfices de l'intervention.
- Le budget disponible pour l'intervention et les services associés sera un élément majeur dans la décision.

Ces facteurs varieront considérablement d'un endroit à l'autre. Le tableau suivant propose une procédure de décision destinée à aider les décideurs qui envisagent d'adopter une stratégie adaptée à leur situation particulière et qui reflète la prévalence locale du VIH, les ressources disponibles, la performance du système de santé et les risques attendus avec l'alimentation de substitution.

Tableau 1: combinaison de services appropriés à différentes circonstances

| | Système de santé local | Prévalence du VIH | |
|---|--|--|---|
| | | Inférieure à 5% | Supérieure à 5% |
| Contraintes budgétaires minimales (par ex. pays industrialisés) | | Dépistage prénatal de routine ARV & AS longs | Dépistage prénatal de routine ARV & AS longs |
| Contraintes budgétaires importantes | Système de santé local répondant aux conditions + Faible risque lié à l'AS et au Dépistage | Femmes VIH+ connues Dépistage prénatal ciblé ARV & AS courts | Dépistage prénatal de routine ARV & AS courts |
| Contraintes budgétaires importantes | Système de santé local ne répondant pas aux conditions et/ou Risque lié à l'AS inconnu | Femmes VIH+ connues Dépistage prénatal ciblé ARV & AS courts | Introd. pilote du Dépistage prénatal de routine + ARV & AS courts (ARV & AS à offrir aussi aux femmes VIH+ connues) Renforcement du système de santé |

(Légende: Dépistage = dépistage et conseil volontaires, ARV= médicaments antirétroviraux, AS = alimentation de substitution.)

Définitions

1. Système de santé local répondant aux conditions

Accès à des services de PMI suffisants notamment consultations prénatales, soins obstétricaux et postnatals, planification familiale et soutien médical et psychosocial continus pour la mère et l'enfant.

2. ARV court

Protocole similaire à celui utilisé en Thaïlande et en Côte d'Ivoire
300 mg de ZDV 2x/jour dès la 36ème semaine
300 mg/3h pendant le travail
(il y aura bientôt des alternatives au protocole thaïlandais).

3. ARV long

Autres protocoles dont ACTG 076 et ceux utilisant une association d'antirétroviraux pour le nouveau-né ainsi que pour la mère.

4. Femmes VIH-positives connues

Femmes qui viennent en consultation prénatale avec un test VIH positif fait ailleurs.

5. Dépistage prénatal ciblé

Dépistage et conseil volontaires offerts aux femmes enceintes et à leurs partenaires dans des communautés (définies géographiquement ou socialement) où la prévalence du VIH est particulièrement élevée.

6. Dépistage prénatal de routine

Dépistage et conseil volontaires offerts à toutes les femmes enceintes venant en consultation prénatale et à leurs partenaires.

7. Introduction pilote du dépistage et de l'ARV-AS

Introduction de la stratégie complète dans un nombre limité de sites et suivi et évaluation soigneux de la procédure et de son impact notamment en matière d'alimentation de substitution.

8. Renforcement du système de santé

Là où le système de santé ne répond pas aux conditions optimales d'introduction de la stratégie, il faut soigneusement préparer le dépistage et le conseil volontaires, les services de PMI et les services de soutien médical et social pour les femmes VIH-positives et leurs enfants.

ANNEXE

Liste des documents disponibles sur la transmission de la mère à l'enfant (TME) au Centre d'information de l'ONUSIDA ou sur le site internet (www.unaids.org):

Information générale:

Transmission du VIH de la mère à l'enfant – Actualisation ONUSIDA (mars 1999).

Prevention of HIV Transmission from Mother to Child: Planning for Programme Implementation. Report from a Meeting. Genève, 23-24 mars 1998.

AIDS 5 years since ICPD: Emerging issues and challenges for women, young people and infants (1998).

Conseil et test VIH:

Counselling and voluntary HIV testing for pregnant women in high HIV prevalence countries: Guidance for service providers (août 1999) (version française en préparation).

Importance des tests simples/rapides pour la recherche du VIH. Recommandations OMS/ONUSIDA (*Relevé épidémiologique hebdomadaire* 1998; **73**:321-328).

Traitements antirétroviraux:

Recommandations OMS/ONUSIDA concernant la sécurité et l'efficacité de la ZDV en cure courte pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (*Relevé épidémiologique hebdomadaire* 1998; **73**:313-320).

Antirétroviraux et transmission verticale du VIH (module 6). Traitements antirétroviraux: Modules d'information (ONUSIDA/98.7).

VIH et alimentation du nourrisson:

HIV and infant feeding: A review of HIV transmission through breastfeeding (UNAIDS/98.5).

HIV and infant feeding: Guidelines for decision-makers (UNAIDS/98.3) (version française en préparation).

HIV and infant feeding: A guide for health care managers and supervisors (UNAIDS/98.4).

WHO/UNAIDS/UNICEF Technical Consultation on HIV and Infant Feeding Implementation guidelines. Report from a meeting. Genève, 20-22 avril 1998.

VIH et alimentation du nourrisson: Exposé de la politique arrêtée conjointement par l'OMS, l'ONUSIDA et l'UNICEF (mai 1997).

Planification, mise en œuvre, et suivi et évaluation:

Vertical Transmission of HIV – A Rapid Assessment Guide (1998).

Local Monitoring and Evaluation of the Integrated Prevention of Mother to Child HIV Transmission in Low-Income Countries (1999).

Prévention de la TME en Asie:

Thaineua V. et al. From research to practice: Use of short-course zidovudine to prevent mother-to-child HIV transmission in the context of routine health care in Northern Thailand (*South East Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 1998; **29**(3):429-442).

Prévention de la TME en Amérique latine:

Prevention of vertical transmission of HIV. Report from a workshop, Buenos Aires, 29-31 juillet 1998.

Prévention de la TME en Afrique:

The Zimbabwe Mother-to-Child HIV Transmission Prevention Project: Situation Analysis (avril 1998).

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 sept 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 le Contrôle international des Drogues (PNUCID), l'Organisation des Nations Unies pour l'Education, 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 sept 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.



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

ONUSIDA

UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUCID
UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

20 avenue Appia – 1211 Genève 27 – Suisse

Tél. : (+41 22) 791 46 51 – Fax : (+41 22) 791 41 65

Courrier électronique : unaids@unaids.org – Internet : <http://www.unaids.org>