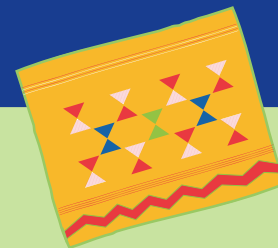




OMS - Notes d'information sur le VIH/SIDA à l'intention de l'UNGASS

Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant: **Revue des faits**



Un problème de santé publique majeur

Le VIH chez l'enfant est un problème qui va croissant, notamment dans les pays les plus durement frappés par l'épidémie de SIDA. L'immense majorité des enfants infectés ont été contaminés par leur mère. Prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant est aujourd'hui une priorité de premier plan, qui a rallié les efforts visant à rendre la prévention plus efficace.

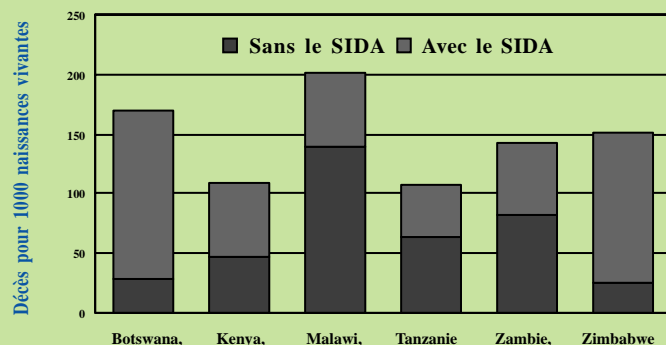
Si le problème du VIH chez le nourrisson se pose dans le monde entier, il revêt une acuité particulière en Afrique subsaharienne, où vivent près de 80 % de tous les enfants infectés.

VIH/SIDA chez les enfants en l'an 2000

	Total mondial	Pourcentage du total mondial en Afrique subsaharienne
Enfants vivant avec le VIH/SIDA	1.4 million	79%
Enfants morts du VIH/SIDA durant l'année	500,000	88%
Nouvelles infections à VIH chez les enfants durant l'année	600,000	87%

Source: ONUSIDA/OMS décembre 2000

Impact estimatif du SIDA sur les taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans dans différents pays d'Afrique en 2010



Source: US Census Bureau - ONUSIDA/OMS 2000

Le VIH/SIDA anéantit les progrès concernant l'amélioration de la santé et l'allongement de l'espérance de vie. On estime que d'ici 2010, l'impact du SIDA pourrait faire doubler les taux de mortalité des moins de 5 ans dans certains pays.

Transmission : moment de survenue et risques

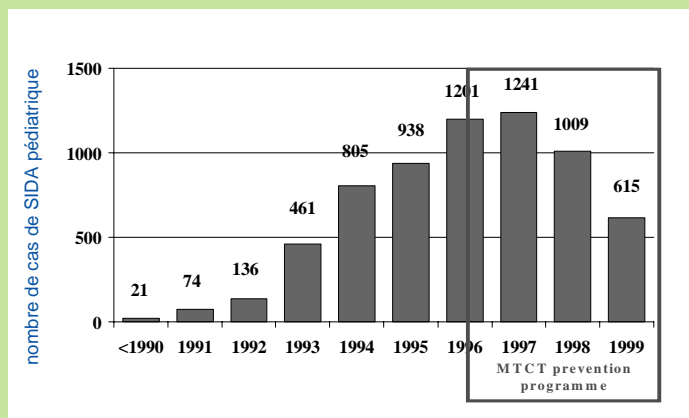
En l'absence d'intervention, les taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant peuvent varier de 15 à 30 % en l'absence d'allaitement maternel, et atteindre 30 à 45 % si l'allaitement est prolongé. Des études ont montré que la transmission peut intervenir pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et l'allaitement, les taux de transmission étant estimés à :

	Taux de transmission
Durant la grossesse	5 to 10 %
Durant le travail et l'accouchement	10 to 20 %
Durant l'allaitement au sein	5 to 20 %
Globalement, s'il n'y a pas allaitement au sein	15 to 30 %
Globalement, avec allaitement < 2 mois	25 to 35 %
Globalement, avec allaitement > 2 mois	30 to 45 %

Source : de Cock, JAMA 2000

Une solution de santé publique qui marche

Le taux de transmission du VIH d'une femme enceinte infectée à son enfant est tombé à moins de 2 % dans les pays industrialisés, grâce à des régimes antirétroviraux très efficaces pour la prévention de la transmission verticale ou le traitement de la mère, associés à un accouchement par césarienne et à un allaitement artificiel dès la naissance. Quelques pays en développement comme la Thaïlande sont eux aussi parvenus à réduire le nombre des enfants infectés par le VIH. Pour obtenir des résultats analogues dans d'autres pays en développement, dont certains sont parmi les plus durement touchés par l'épidémie de SIDA, il faudra affronter de nombreux défis et résoudre différents problèmes fondamentaux.



Source: MoPH, Thaïlande, 2000

Thaïlande : depuis la mise en œuvre de programmes pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant, le nombre de cas de SIDA chez les enfants de 0 à 4 ans a considérablement diminué

Stratégie à trois volets pour réduire le nombre d'infections pédiatriques à VIH

Partant d'un examen approfondi des faits, et reconnaissant les nombreuses complexités du problème, l'OMS et ses partenaires ont défini une stratégie à trois volets pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

1 - Prévention primaire du VIH, spécialement chez les jeunes femmes

Le premier volet de la stratégie consiste à prévenir l'infection par le VIH, spécialement chez les jeunes femmes. Éviter l'infection chez la femme est le moyen le plus efficace de prévenir la transmission verticale à l'enfant. Certains aspects de la prévention primaire sont particulièrement importants pour prévenir la transmission mère-enfant. Il n'est pas rare, dans certaines régions, qu'une femme s'infecte durant sa grossesse ou pendant l'allaitement. Comme c'est au cours de la phase initiale de l'infection que la charge virale et l'infectivité sont les plus fortes, les femmes enceintes ou allaitantes récemment contaminées courent un plus grand risque de transmettre le virus à leur bébé. Les efforts de prévention du VIH doivent également prendre en compte les besoins des femmes enceintes et allaitantes.

2 - Prévention des grossesses non désirées chez les femmes porteuses du VIH

Le second volet de la stratégie est d'éviter les grossesses non désirées chez les femmes infectées par le VIH. Le renforcement des services de santé génésique et de planification familiale, qui aident toutes les femmes à éviter les non désirées, est donc un élément essentiel. Mais comme dans les pays en développement la plupart des femmes en âge de procréer ignorent si elles sont ou non infectées, il est essentiel aussi d'élargir l'accès à de bons services de conseil et de tests à la demande, afin qu'un plus grand nombre de femmes puissent savoir si elles sont infectées ou non, et prendre en connaissance de cause des décisions touchant une éventuelle procréation.

3 - Interventions spécifiques pour réduire la transmission du VIH des femmes infectées à leur enfant

Il faut tout un ensemble, un module, d'interventions pour prévenir la transmission du VIH d'une femme enceinte infectée à son bébé. Il doit comprendre un régime antirétroviral, des pratiques obstétricales sûres, ainsi que des conseils et un appui pour l'alimentation du nourrisson. Comme ces interventions sont réservées aux femmes dont l'infection à VIH est connue, il est indispensable qu'il existe des services de conseils et de test volontaire.

Cadre d'action pour la prévention d'une transmission verticale du VIH

Toutes les femmes —————> *prévention de l'infection par le VIH*

Femmes porteuses du VIH —————> *prévention des grossesses non désirées*

Femmes enceintes porteuses du VIH —————> *prévention de la transmission à l'enfant*

Interventions spécifiques pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant

1 - Recours aux médicaments antirétroviraux

Un certain nombre de méthodes visant à réduire la transmission verticale du VIH ont été évaluées au cours des dix dernières années. Les plus efficaces utilisaient des antirétroviraux, administrés de différentes façons et à partir de différents stades de la grossesse. Le premier régime antirétroviral à prouver qu'il diminuait la transmission verticale impliquait une administration astreignante et prolongée de zidovudine à la mère et à l'enfant, et ramenait le taux de transmission du VIH de 25 % à 8 %. Des études faites en Thaïlande et dans plusieurs pays d'Afrique ont confirmé que des régimes plus courts, mieux adaptés à la réalité des pays en développement, se montraient eux aussi efficaces, bien qu'un peu moins.

Dans une étude antérieure sur la thérapie antirétrovirale, l'administration de zidovudine à la mère aux deuxième et troisième trimestres de sa grossesse ainsi que par voie intraveineuse pendant l'accouchement, et à l'enfant pendant les six premières semaines de sa vie a abaissé de 67 % le risque de transmission du VIH. On travaille à élaborer des traitements antirétroviraux plus courts, moins onéreux et plus faciles à utiliser dans des contextes de ressources réduites. Des essais ont montré que des schémas courts, par administration de zidovudine (isolément ou en association) ou de névirapine pouvaient amener une réduction atteignant 50 % de la transmission verticale du VIH.

Toxicité. Dans le cas des femmes et des nourrissons qui reçoivent des antirétroviraux pour prévenir la transmission du virus de la mère à l'enfant, il faut peser le risque que comporte l'exposition à un ou plusieurs médicaments par rapport à l'avantage que représente la réduction du risque de transmission. Tous les essais cliniques contrôlés sur la prévention du risque de transmission mère-enfant ont fait ressortir la bonne tolérance et la sécurité à court terme des régimes prophylactiques antirétroviraux. Des recherches sont en cours sur la sécurité à long terme.

Résistance. Une résistance apparemment réversible à des antirétroviraux (la névirapine en particulier) a été observée chez des femmes et des enfants recevant ces produits pour prévenir une transmission verticale. On n'en connaît pas les implications pour la propagation d'un virus résistant dans la population, l'évolution de la maladie chez la mère et chez l'enfant, et leurs futures options thérapeutiques.

Les scientifiques ont conclu que les avantages des antirétroviraux réduisant la transmission mère-enfant dépassent de loin les effets nocifs potentiels d'une exposition aux médicaments et les préoccupations liées à l'apparition d'une pharmacorésistance, et qu'il ne faut donc pas réduire l'usage des antirétroviraux à des travaux de recherche ou des projets pilotes.

Source: WHO/UNAIDS/ UNFPA/ UNICEF Technical Consultation – October 2000

2 - Pratiques obstétricales sûres

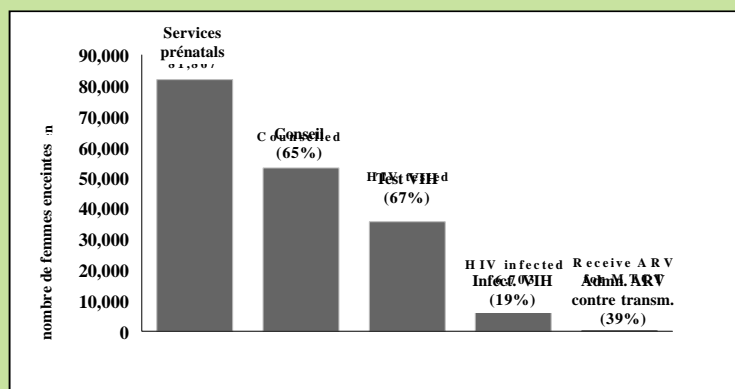
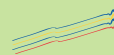
Il a été démontré que l'accouchement par césarienne avant le début du travail réduisait le risque de transmission verticale du VIH. Ce n'est toutefois pas une intervention adéquate dans les pays en développement, pour des raisons d'accessibilité, de coût et de risque de complications. Des techniques invasives telles que la rupture artificielle des membranes, l'utilisation d'électrodes placées sur le cuir chevelu pour le monitoring fœtal ou l'épisiotomie pourraient augmenter la transmission du VIH de la mère au bébé. On pourrait réduire davantage la transmission en limitant leur utilisation aux cas d'absolue nécessité.

Il faudrait donner à toutes les mères porteuses du VIH des conseils, avec des informations sur les risques et les avantages des différents moyens d'alimenter leur enfant, et des orientations pour choisir l'option semblant la plus appropriée à leur situation. On ne doit envisager une alimentation de substitution que si elle est acceptable, réalisable matériellement et financièrement, qu'elle peut être poursuivie aussi longtemps que nécessaire, et pratiquée dans de bonnes conditions d'hygiène et de sécurité. Si ce n'est pas le cas, il faut recommander l'allaitement au sein exclusif pendant les premiers mois de la vie.

3 - Pratiques sûres d'alimentation du nourrisson

L'allaitement maternel peut comporter un risque supplémentaire de transmission atteignant 10 à 20 %. Mais un enfant qui n'est pas allaité au sein est exposé à un risque accru de malnutrition ou de maladies infectieuses autres que le VIH. Si, chez une mère porteuse du VIH, éviter l'allaitement pourrait sembler logique, il est en fait beaucoup plus compliqué de trouver l'équilibre nécessaire entre les différents risques.

Expérience des projets pilotes de prévention de la transmission mère-enfant



Conseils et tests volontaires, et utilisation des interventions pour la prévention de la transmission mère-enfant en 1999-2000. Résultats de neuf pays africains (Burundi, Botswana, Côte d'Ivoire, Kenya, Ouganda, Rwanda, Tanzanie, Zambie, Zimbabwe)

Source: UNICEF PMTCT newsletter N°1 - 2001

L'UNICEF soutient depuis 1998 la mise en œuvre de projets pilotes pour prévenir la transmission mère-enfant dans différents pays parmi les plus affectés par le VIH. Bien que les résultats préliminaires aient fait ressortir de façon générale une faible utilisation des interventions pendant la phase de démarrage de ces projets, nombre de précieuses leçons ont pu être enregistrées.

Concernant le peu d'usage des interventions, les projets pilotes ont mis spécifiquement en évidence :

- Une différence considérable entre le nombre de femmes ayant fréquenté les services prénatals et le nombre de celles qui ont reçu des conseils et se sont vu offrir un test de dépistage du VIH. Cette différence est attribuée principalement à la pénurie de personnel dans les centres de santé, au manque de motivation des agents, ou aux deux choses à la fois.
- Une différence considérable entre le nombre de femmes qui ont reçu des conseils et le nombre de celles qui ont eu un examen de dépistage. Cette différence est attribuée principalement à la mauvaise qualité des conseils et à la crainte de stigmatisation et de discrimination éprouvée par les femmes, associée à une sensibilisation et une mobilisation insuffisantes de la communauté, en même temps qu'à un manque de conscience dans le système de santé.
- Une différence considérable entre le nombre de femmes testées et reconnues infectées, et le nombre de celles qui ont reçu un médicament antirétroviral. Cette différence est due à ce que beaucoup de femmes ne reviennent pas chercher les résultats du test, pour les raisons évoquées ci-dessus. Chez certaines femmes aussi, l'infection a été découverte trop tard au cours de la grossesse pour que l'on puisse administrer un traitement antiviral autre que la névirapine.

Mais par ailleurs ces projets pilotes ont également obtenu quelques résultats encourageants. En certains endroits, on a enregistré des taux élevés d'acceptation tant pour les conseils (près de 100 %) que pour les tests de dépistage (75 à 80 %). On pense que ces résultats sont liés à :

- la bonne qualité des services de soins de santé ;
- la disponibilité constante de fournitures essentielles ;
- l'amélioration des services prénatals, avec des conseils de qualité ;
- des efforts de communication efficaces pour sensibiliser et mobiliser la communauté ;
- l'usage de techniques rapides pour les tests VIH, permettant de fournir le jour même les résultats aux clients ;
- les liaisons entre les services de soins et de soutien pour les personnes infectées par le VIH et leurs familles.

Les défis de la mise en œuvre

- Le nombre de femmes porteuses du VIH, et de grossesses non désirées chez ces femmes, ne cesse d'augmenter. Si cela continue sans que l'on fasse rien, les systèmes de santé seront incapables de répondre au besoin croissant d'interventions spécifiques pour prévenir la transmission du virus entre mère et enfant.
- L'accès aux soins prénatals est réduit ; quand il existe, il est souvent limité à une seule visite, ou se situe tard dans la grossesse, et il ne va pas forcément de pair avec l'assistance compétente d'un agent de santé lors de l'accouchement. Selon les estimations de l'OMS, le pourcentage de femmes bénéficiant de soins prénatals, définis comme au moins une (seule) visite, varie entre 20 et 99 % en Afrique, avec une moyenne de 62 %. Le pourcentage de femmes accouchant avec l'assistance de personnel professionnel varie entre 2 et 99 %, la moyenne étant de 36 %. L'étude des tendances de ces dernières décennies montre que dans la plupart des pays les plus atteints, le recours aux soins prénatals et à une assistance compétente au moment de l'accouchement ne s'est pas développé, ou même a décliné.
- De nombreux systèmes de santé ne sont pas encore prêts à intégrer un ensemble complet d'interventions. On ne peut mettre en place un programme de conseils et de tests à la demande, d'administration de médicaments antirétrovirus et de conseils sur les modes d'alimentation des nourrissons que là où existe déjà un système de santé fonctionnant avec efficacité et doté de certains services fondamentaux. Les sujets de préoccupation comprennent la pénurie de ressources humaines, l'insuffisance de locaux pour des entretiens privés et confidentiels, le manque de soutien de laboratoire, et l'inadéquation des systèmes d'approvisionnement et de distribution des matériels.
- L'accès aux services de conseils et de tests volontaires est très réduit. Ces services, qui sont pourtant le point d'entrée obligatoire des interventions spécifiques visant à prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant, sont rarement disponibles. On estime qu'en Afrique, moins de 5 % de la population y a accès. De plus, nombre de femmes qui ont accepté de subir le test de dépistage ne reviennent pas chercher les résultats.
- La stigmatisation et la discrimination font obstacle à l'acceptation d'interventions fondamentales. On a constaté que la crainte de conséquences néfastes, y compris la violence, était une raison importante empêchant les femmes d'accepter un test de dépistage ou de revenir chercher les résultats. Certaines méthodes visant à réduire la transmission du virus de la mère à l'enfant, telles qu'une alimentation de substitution ou la prise journalière à domicile de médicaments antirétroviraux pendant la grossesse se traduisent par des démarches peu communes, difficiles à dissimuler. Elles laissent entendre qu'une femme est infectée, et l'obligent à révéler son état à son partenaire, sa famille ou sa communauté.
- La communauté connaît mal les moyens de prévenir la transmission du virus de la mère à l'enfant. Souvent, les femmes enceintes fréquentant les dispensaires prénatals ne demandent pas de test VIH ou refusent les interventions de prévention parce qu'elles n'en voient pas les avantages.
- La disponibilité de services de soins de d'appui est très réduite. Dans les pays les plus atteints, rares sont les femmes et les enfants porteurs du VIH qui ont accès à des soins appropriés, y compris pour la prévention et le traitement des maladies opportunistes, la thérapie antirétrovirale et un soutien sur les plans psychosocial et nutritionnel. Et les services destinés au nombre croissant d'orphelins du SIDA restent largement en deçà des besoins.

© Organisation mondiale de la Santé, 2001.

Ce document n'est pas une publication officielle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et tous les droits y afférents sont réservés par cette organisations. S'il peut être commenté résumé ou cité sans aucune restriction, il ne saurait être reproduit ni traduit, partiellement ou en totalité, pour la vente ou à des fins commerciales. Les opinions exprimées par les auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs

UN DOCUMENT DETAILLE SERA DISPONIBLE PROCHAINEMENT

Pour plus d'information, contacter Isabelle de Zoysa, Organisation mondiale de la Santé,
Groupe Santé Familiale et Communautaire, Département VIH/SIDA,
Unité Transmission Mère-Enfant,
20 Avenue Appia, 1211 Genève 27, Suisse