

SUD

## Enjeux et choix stratégiques pour les pays en développement : Stratégies préventives par temps de pénurie d'antirétroviraux

Isabelle de Vincenzi

Organisation Mondiale pour la Santé (Genève)

**En l'absence de mesures préventives, le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant (TME) 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, l'un des modes de transmission de la mère à l'enfant, est plus fréquent et généralement beaucoup plus prolongé dans les pays en développement.**

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 mise à disposition 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 des stratégies de base pour la prévention de l'infection par le VIH chez les jeunes enfants. Aujourd'hui, il y a cependant une troisième option pour les femmes séropositives pour le VIH qui souhaitent avoir un enfant. Elle consiste en un traitement antirétroviral court pour la mère (et parfois l'enfant) et une alimentation de remplacement pour l'enfant. Des essais récents menés en Afrique ont montré qu'une administration brève de zidovudine (AZT), de névirapine ou d'une combinaison d'AZT et 3TC, pouvait réduire significativement le risque de transmission dans la période encadrant l'accouchement. Le remplacement de l'allaitement maternel par l'allaitement artificiel pourrait encore réduire d'environ un tiers le risque de transmission. L'association d'un traitement antirétroviral court et d'une alimentation de substitution permet de réduire le risque de transmission en-deçà de 10%. Des études sont en cours pour évaluer l'efficacité de traitements post-partum qui permettraient de maintenir l'allaitement maternel. Il s'agit là d'une question cruciale, car la majorité des femmes VIH+ sont issues 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 dans des pays à ressources limitées est un processus complexe. Le but de cet article est de revoir les problèmes clés à envisager lors des décisions stratégiques.

### Lourd tribut infantile

L'épidémie de sida a déjà emporté plus de trois millions d'enfants, et, à l'heure actuelle, un million d'enfants vivent infectés. 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 les consultations prénatales. On a même enregistré des taux de plus de 50% au Zimbabwe et de 43% au Botswana.

L'impact de l'épidémie VIH sur la morbidité et la mortalité des jeunes enfants est important. Le coût d'une passivité totale devant la TME dépend essentiellement de la prévalence de l'infection à VIH parmi les futurs parents. Dans les régions où 20% ou plus des femmes enceintes sont VIH+, 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 touchée par le sida, ont augmenté de façon encore plus nette, de 8 à 20 pour 1000 durant la même période.

Il faut également tenir compte des coûts en matière de soins aux enfants infectés. Même dans les pays les plus pauvres, ces enfants reçoivent des soins coûteux, à la fois pour les familles et pour les services de pédiatrie, qui ont de plus en plus de difficultés à les prendre en charge.

### **Favoriser conseil et dépistage volontaire**

Pour que les femmes puissent profiter des mesures de réduction de la transmission mère-enfant, elles doivent connaître leur statut vis-à-vis du VIH. Les services de dépistage volontaire et de conseil doivent donc être largement disponibles. Idéalement, chacun devrait y avoir accès, puisqu'il y a des avantages certains à connaître son statut. Les personnes qui se savent infectées par le VIH ont plus de chances d'être motivées pour modifier leur comportements et leur mode de vie, et pour consulter rapidement en cas de problème. Elles peuvent prendre des décisions 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 leurs enfants. De plus, un accès large et précoce au dépistage VIH (avant l'apparition d'un sida avéré) peut jouer un rôle majeur dans la lutte contre le déni de l'épidémie en aidant les communautés à réaliser qu'un diagnostic sérologique d'infection VIH n'est pas synonyme d'une condamnation à mort immédiate, et à prendre conscience des moyens qui existent à la fois pour prévenir l'infection et pour en améliorer le pronostic.

Comparé aux antirétroviraux et à l'allaitement artificiel (uniquement pour les femmes VIH+), le conseil et le dépistage VIH (pour toutes les femmes enceintes et éventuellement leurs partenaires) représente de loin la composante la plus coûteuse d'un programme de prévention de la TME. Il est possible de réduire ces coûts, en utilisant par exemple des tests simples et rapides ne nécessitant pas de véritables laboratoires biologiques; ou en réduisant le temps de conseil pré-test individuel grâce à des séances de conseil de groupe et des campagnes d'information et d'éducation. Il est toutefois important de ne pas trop réduire la durée et le contenu du conseil pour ne pas perdre les bénéfices en termes de prévention primaire et de support aux femmes infectées.

L'enthousiasme créé par les récents résultats de l'essai clinique utilisant la névirapine suivant un protocole extrêmement simple (1 dose à la mère et 1 dose à l'enfant) et économique (environ 4 \$), suscite un débat animé sur l'intérêt potentiel de programmes distribuant la névirapine à toutes les femmes enceintes (sans dépistage préalable) et à leurs nouveau-nés dans les zones de forte prévalence. Il semble toutefois beaucoup trop tôt pour envisager de tels programmes en dehors d'un contexte de recherche car les effets de l'utilisation de la névirapine sont encore peu connus, en particulier en termes de toxicité; de plus, l'abandon des services de dépistage prénatal constituerait une opportunité manquée de renforcer les programmes de prévention primaire du VIH auprès des femmes enceintes et de leurs partenaires, soit la quasi-totalité de la population adulte africaine.

### **Lutter contre la stigmatisation**

Les mesures de réduction de la TME, notamment l'administration de médicaments antirétroviraux et le fait de ne pas allaiter, ne permettent pas aux femmes VIH+ de garder leur infection confidentielle, ni au sein de leur famille ni au sein de leur communauté. Il est donc essentiel pour la sécurité des femmes et l'acceptabilité des interventions 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+, 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. Dans les régions où la stigmatisation est un problème grave, il est nécessaire d'introduire le test prénatal initialement au sein de programmes pilotes de façon à pouvoir tester différentes manières de faire face à la stigmatisation et à la discrimination et à s'assurer que les dangers de l'intervention ne sont pas supérieurs aux bénéfices.

Il est fréquent qu'une femme soit accusée d'avoir introduit l'infection dans le couple du seul fait qu'elle ait été la première dépistée. Proposer le dépistage et le conseil VIH aux partenaires de femmes enceintes, lorsque cela est souhaité par la femme, peut aider à combattre ce préjugé et à encourager une prise de responsabilité conjointe en matière de procréation et de toutes décisions afférentes.

### **Renforcer les systèmes de santé**

Un programme incluant dépistage prénatal, antirétroviraux et allaitement artificiel ne peut être instauré que s'il existe un système de santé fonctionnel et certains services clés. Il est en particulier essentiel qu'il y ait une bonne couverture de soins prénataux de qualité (incluant, entre autres, dépistage, traitement des MST et de l'anémie), obstétricaux (certains antirétroviraux ne sont prescrits qu'au moment du travail) et postnataux (l'allaitement artificiel exige un suivi rigoureux de l'enfant).

Les services de conseil et dépistage VIH doivent être facilement accessibles pour les femmes venant consulter pour des soins anténataux. Il faut cependant reconnaître qu'il y a peu d'avantages à faire un dépistage si les personnes dépistées n'ont pas de possibilités d'agir en fonction des résultats du test. Il est donc important que les personnes puissent ensuite être orientées vers différents services tels que la planification familiale, la prévention et le traitement des MST, et les services de soins aux personnes infectées (notamment la prévention et le traitement des infections opportunistes, le conseil, et le soutien psychologique et social).

Quand les services de base sont déjà en place et fonctionnent de façon efficace, le coût du dépistage prénatal, des antirétroviraux et de l'allaitement artificiel sera assez facile à absorber. En revanche, 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 lourd. Toutefois, 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 les programmes de prévention de la TME supportent une part indue, voire paralysante, des coûts et des responsabilités. Si l'on veut maintenir à long terme un programme de prévention mère-enfant, le poids financier doit être réparti équitablement à travers le système de santé.

L'intégration du programme de prévention de la TME avec les autres programmes VIH/sida est une nécessité: les mesures de prévention de la TME ne sont qu'une partie des programmes nationaux de lutte contre le sida et devraient avoir des liens étroits avec tous les autres aspects de ce programme comme la prévention primaire de l'infection, les soins aux personnes infectées, et le soutien des orphelins.

### **Le dilemme de l'allaitement artificiel**

Il s'agit probablement de la question la plus délicate. La promotion de l'allaitement maternel comme le meilleur aliment du nourrisson a été la pierre angulaire des stratégies de santé de l'enfant depuis deux décennies. Il reste le meilleur mode d'alimentation pour la grande majorité des enfants. Les décideurs doivent évaluer l'innocuité de l'allaitement artificiel dans les conditions locales. Le lait en poudre est-il facilement disponible ? L'approvisionnement peut-il être assuré à long terme ? Les mères ont-elles accès à de l'eau propre et à un combustible pour la faire bouillir ? Sont-elles suffisamment éduquées et informées pour préparer le lait correctement ? En effet, une utilisation incorrecte telle qu'une dilution dans de l'eau malpropre non bouillie ou une dilution excessive entraînent malnutrition et infections souvent mortelles. Il est donc impératif de tester des stratégies d'introduction de l'allaitement artificiel visant à minimiser ces risques. 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.

L'évaluation d'interventions qui permettraient de maintenir l'allaitement maternel est considérée aujourd'hui comme une priorité de recherche, en particulier l'évaluation de traitements pendant quelques mois chez l'enfant (et/ou la mère) par antirétroviraux suivis d'un arrêt simultané du traitement et de l'allaitement maternel; ainsi que l'évaluation de la réduction du risque qui pourrait être obtenue par un allaitement maternel exclusif (\*) ou une réduction de la période d'allaitement.

### **Des choix éthiques difficiles**

L'introduction de programmes de traitements antirétroviraux pour la réduction de la transmission mère-enfant dans des pays où ces médicaments ne sont pas disponibles pour traiter les personnes infectées a soulevé un débat éthique souvent orageux.

En fait, un antirétroviral utilisé dans le cadre de la réduction de la TME ne devrait pas être considéré comme un traitement mais plutôt comme une sorte de "vaccin" pour le bébé. Le fait que les antirétroviraux puissent servir deux objectifs différents –comme "vaccin" pour le nourrisson et comme traitement des sujets infectés– est bien sûr très significatif. Le problème complexe du traitement antirétroviral des personnes infectées fait actuellement l'objet de débats et de décisions politiques spécifiques, et devrait être envisagé séparément de celui de la prévention de la TME. En effet, il ne semble aujourd'hui pas envisageable de geler les programmes de prévention de la TME en attendant que soient réglés les problèmes d'accès aux combinaisons d'antirétroviraux. Cependant, l'adoption des antirétroviraux pour la prévention de la TME, et surtout la promotion du dépistage VIH, doit s'accompagner de l'assurance pour les femmes de recevoir les meilleurs soins possibles. Dans de nombreux endroits, les combinaisons antirétrovirales ne seront pas disponibles à court terme, mais d'autres types de prise en charge, en particulier la prévention et le traitement des maladies opportunistes, existent et doivent être renforcés. - Isabelle de Vincenzi

#### **Résumé des facteurs influençant les décisions stratégiques**

- La séroprévalence du VIH dans le pays ou la communauté déterminera les coûts de l'inaction en termes d'augmentation de la mortalité et de la morbidité infantiles.
- 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 du dépistage prénatal.
- 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.
- L'état du système de santé existant déterminera le niveau d'efforts et de ressources nécessaires pour le renforcer suffisamment pour soutenir le nouveau programme.
- L'ampleur de l'épidémie et le niveau de soutien social qui s'est développé pour y faire face détermineront le poids qui sera imposé au programme de prévention de la transmission mère-enfant par le biais d'une demande accrue de soins de santé et de soutien.
- Les bénéfices potentiels pour la société devront être pris en compte lorsqu'on comparera les coûts et les bénéfices de l'intervention.

---

\* allaitement exclusif : enfant nourri au sein à l'exclusion de tout autre aliment ou liquide, par opposition à l'allaitement mixte où l'enfant reçoit de l'eau sucrée par exemple.