



CONSEIL NATIONAL DU SIDA
25-27 RUE D'ASTORG
75008 PARIS
T. 33 [0]1 40 56 68 50
F. 33 [0]1 40 56 68 90
CNS.SANTE.FR

AVIS

INTERNATIONAL

FR

21 JUIN 2007

PAYS EN DÉVELOPPEMENT : REMPLACER LES PROGRAMMES DE PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DE LA MÈRE À L'ENFANT PAR LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES INFECTÉES PAR LE VIH

Les femmes enceintes infectées par le VIH peuvent transmettre le virus à l'enfant au cours de la grossesse, lors de l'accouchement et au cours de l'allaitement. En l'absence de traitement, le taux de transmission varie de 15 % à 30 % sans allaitement maternel, et ce taux atteint 30 % à 45 % avec allaitement maternel. En 1994, un essai a démontré la faisabilité de la prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant (PTME) par un traitement avec la zidovudine au cours de la grossesse. En 1998, il a été démontré que la réduction de la transmission était possible avec un traitement similaire administré sur une durée plus courte, ce qui le rendait matériellement réalisable dans les pays en développement (PED). Dans les pays développés, les traitements prophylactiques utilisent les mêmes combinaisons de médicaments que les traitements thérapeutiques. Les taux de transmission du virus sont alors inférieurs à 1 %.

Au niveau mondial, 9 % des femmes enceintes séropositives reçoivent une prophylaxie antirétrovirale. Dans les pays d'Afrique subsaharienne, la proportion des femmes enceintes recevant une prophylaxie antirétrovirale varie de 1 % à 54 %. Dans une étude concernant soixante-dix pays seulement 10 % des femmes enceintes ont été testées pour le VIH. Dans un avis de 2004, le CNS a souligné les limites des programmes de PTME tout en recommandant une approche centrée sur l'accès aux traitements pour les femmes plutôt que des programmes spécifiques de prévention.

Des données récentes confirment la nécessité de profonds changements dans les orientations des programmes de PTME mis en œuvre dans les pays en développement. Ces programmes ont été construits sur la distinction de la prévention et du traitement dans un contexte de contraintes économiques et de limites structurelles. Ils sont marqués par ces contraintes initiales qui empêchent aujourd'hui de penser la PTME dans le cadre d'un accès aux soins élargi, contribuant ainsi au maintien de pratiques préjudiciables aux enfants et aux femmes.

Ces programmes de PTME ont atteint leurs limites et sont parfois des freins à la mise en œuvre d'une politique publique globale de lutte contre l'infection à VIH. Il apparaît véritablement nécessaire de penser la protection des enfants par la prise en charge au bénéfice des femmes et d'abandonner la logique d'un traitement donné aux femmes pour le seul bénéfice de l'enfant.

UNE LOGIQUE INITIALE AUJOURD'HUI INADAPTÉE

A la fin des années 1990, les programmes de PTME ont été pensés en fonction des limites d'alors en termes d'accès aux traitements et de capacités financières des systèmes de santé. Les premiers documents de l'Onusida mettaient en avant la nécessité d'évaluer les coûts de l'intervention : des traitements, des alternatives à l'allaitement maternel et des tests. D'autres facteurs devaient aussi être pris en compte comme l'état du système de santé, les bénéfices potentiels et le budget disponible. Initialement, la PTME a été aussi envisagée comme un moyen de limiter les dépenses liées à la prise en charge des enfants.

Les programmes de PTME ont été définis de manière distincte des programmes d'accès aux soins : les uns relevant de la prévention, les autres du traitement. Les faibles ressources alors disponibles étaient à l'origine de cette distinction. Or, les contraintes économiques qui ont présidé aux choix en faveur de programmes de prévention sont révolues. Les prix des médicaments, les programmes d'accès et les financements disponibles ont considérablement évolué, tout comme les connaissances relatives à la transmission. Le modèle d'une PTME fondée sur un traitement prophylactique administré aux femmes, et se concentrant ainsi sur le seul aspect de leur fonction maternelle, semble inadapté au contexte actuel de l'évolution de l'offre de prise en charge thérapeutique. Il conduit à penser de manière séparée des questions comme l'allaitement et le traitement administré aux femmes qui mériteraient une approche globale.

LES PERSISTANCES PRÉJUDICIALES D'UN MODÈLE DÉPASSÉ

La question de l'allaitement et de la toxicité ou des effets négatifs à long terme des traitements prophylactiques ont alimenté de nombreux débats sur la manière d'élaborer les programmes de PTME. Les recommandations internationales ou les documents de référence se sont progressivement ajustés aux connaissances, mais en pratique et d'une manière générale, le modèle initial persiste : promotion de l'allaitement artificiel et traitement en monothérapie des femmes lors de l'accouchement. Pourtant, ces stratégies sont préjudiciables aux enfants et aux femmes.

La problématique de l'allaitement est centrale dans la mesure où la transmission par le lait peut annuler l'efficacité de l'intervention prophylactique réalisée à la fin de la grossesse et au cours de l'accouchement. Bien que l'allaitement maternel exclusif soit le moyen le plus efficace pour prévenir les décès des enfants dans les PED, il constitue un risque d'infection par le VIH. Par conséquent, il paraît logique de promouvoir un allaitement artificiel exclusif pour prévenir la transmission du virus par le lait, mais sa mise en œuvre soulève plusieurs problèmes. Tout d'abord, les femmes qui choisissent l'allaitement artificiel peuvent faire l'objet de stigmatisation, cette pratique étant associée à l'infection par le VIH. Ensuite, le lait en poudre peut être mal dosé, et surtout la mauvaise qualité de l'eau utilisée favorise les maladies. Une épidémie grave de diarrhées au Botswana en 2006 a montré que 93 % des enfants malades n'étaient pas nourris au lait maternel. Enfin, les critères de choix d'un type d'allaitement ou d'un autre sont difficiles à manier. Les personnes chargées de conseiller les mères ne sont pas toujours suffisamment bien formées et n'ont pas connaissance des mises à jour des lignes directrices énoncées par l'OMS. Du fait de ces difficultés, l'allaitement se traduit en réalité par une pratique mixte qui associe allaitement maternel et artificiel. Il est donc indispensable d'offrir en encadrement particulièrement suivi, ce qui n'est pas nécessairement le cas dans un contexte de programme de PTME hors recherche.

Du fait de ces difficultés de mise en œuvre, le choix d'un allaitement artificiel se révèle en pratique préjudiciable aux intérêts de l'enfant. Il présente un risque accru de mortalité pour les raisons précédemment énoncées, mais aussi, paradoxalement, de transmission du VIH. Des plus, une étude récente réalisée en Afrique du Sud, comparant le risque d'infection par le VIH et la mortalité des enfants selon le type d'allaitement, montre en effet que les enfants qui bénéficient d'un allaitement maternel exclusif ont le plus faible risque de transmission du VIH au cours des six premiers mois.

Plusieurs études montrent que l'allaitement maternel exclusif est possible et a sa place dans une logique d'analyse bénéfique/risque. Il nécessite une bonne formation des personnes qui accompagnent les mères dans le choix de l'allaitement maternel exclusif. Par ailleurs, les recommandations des organisations internationales doivent mieux prendre en compte leur applicabilité sur le terrain. L'entourage des mères doit faire l'objet d'attention dans la stratégie de promotion de l'allaitement maternel exclusif, car l'environnement familial exerce une influence importante sur les pratiques d'allaitement.

POUR UN ACCÈS DES FEMMES AUX TRAITEMENTS ET AUX SOINS

Dans de nombreux pays, les femmes continuent à ne recevoir qu'une dose de névirapine au moment de l'accouchement, ce qui compromet l'efficacité des traitements antirétroviraux administrés aux femmes par la suite.

Les recommandations sur les traitements prophylactiques à prescrire aux femmes enceintes infectées par le VIH sont régulièrement réévaluées. Aujourd'hui, il est recommandé qu'elles bénéficient d'un traitement pour elles-mêmes quand c'est nécessaire, et le traitement recommandé est une combinaison de trois médicaments à chaque fois que cela est possible. L'accès aux traitements des femmes pour elles-mêmes ne peut être que bénéfique à la prévention de la transmission du virus à l'enfant dans la mesure où le taux de transmission est lié à la fois au stade de l'infection de la mère et au type de traitement administré.

Ce bénéfice est probable aussi au cours de l'allaitement. Dans une étude, le taux de virus dans le lait maternel a été mesuré chez des femmes sous traitement prophylactique. Les résultats montrent que ce taux est sensiblement réduit et laissent supposer qu'une multithérapie antirétrovirale est susceptible de réduire la transmission du virus de la mère à l'enfant au cours de l'allaitement. L'accès généralisé aux traitements des femmes permettrait de surmonter les nombreuses discussions relatives aux risques des traitements prophylactiques et de l'allaitement maternel exclusif. Il est nécessaire que les offres de PTME soient intégrées aux programmes de prise en charge de l'infection par le VIH afin d'assurer le meilleur suivi des femmes.

RECOMMANDATIONS

Compte tenu des données récentes sur l'intérêt de l'allaitement maternel exclusif pour les enfants nés de mères infectées par le VIH et l'effet des traitements sur le taux de virus dans le lait maternel, ainsi que des connaissances sur les limites des programmes de PTME tels qu'ils existent, le CNS estime nécessaire :

- D'intégrer les programmes de PTME aux programmes d'accès universel aux traitements et aux soins à chaque fois que cela est possible. Ainsi, les femmes enceintes infectées par le VIH qui n'ont pas besoin d'un traitement thérapeutique seront assurées de bénéficier du traitement prophylactique optimal qu'offrent les multithérapies antirétrovirales.

- D'assurer une prise en charge des femmes pour elles-mêmes plutôt que de leur administrer des traitements courts à visée prophylactique dont l'efficacité est moindre et qui favorisent les résistances à ces traitements lorsqu'ils doivent être utilisés ultérieurement.
- De diffuser les recommandations mises à jour en faveur de l'allaitement maternel exclusif qui doit être promu en association à la mise sous traitement des mères.

Le CNS souhaite également rappeler qu'il est aussi important :

- De prévenir des grossesses non-désirées en mettant l'accent sur le planning familial et l'offre en matière de contraception.
- De garantir la sécurité des transfusions et les bonnes pratiques dans les maternités afin que le manque de ressources ne constitue pas un facteur de risque d'exposition à la transmission pour les femmes qui accouchent et le personnel de santé qui les accompagne.