

***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***

*Avis adopté en séance plénière le 21 juin 2007*

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<sup>1</sup>. Dans les pays d'Afrique sub-saharienne, 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<sup>2</sup>. Dans un avis de 2004<sup>3</sup>, 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<sup>4</sup>. D'autres facteurs devaient aussi être pris en compte comme l'état du système de santé, les bénéfices potentiels et le budget disponible<sup>5</sup>. Initialement, la PTME a été aussi envisagée comme un moyen de limiter les dépenses liées à la prise en charge des enfants<sup>6</sup>.

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<sup>7</sup>. 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 préjudiciables 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<sup>8</sup>, 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<sup>9</sup>. 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 autres sont difficiles à manier<sup>10</sup>. 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<sup>11</sup>. 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<sup>12</sup>, ce qui n'est pas nécessairement le cas dans un contexte de programme de PTME hors recherche<sup>13</sup>.

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<sup>14</sup>.

Plusieurs études montrent que l'allaitement maternel exclusif est possible et a sa place dans une logique d'analyse bénéfice/risque<sup>15</sup>. 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<sup>16</sup>. 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<sup>17</sup>.

### *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<sup>18</sup>, 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<sup>19</sup>. 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<sup>20</sup>.

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<sup>21</sup>. 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<sup>22</sup>.

## 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<sup>23</sup>, 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.

---

<sup>1</sup> Nations Unies, *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida : cinq ans plus tard*. Rapport du Secrétaire général, A/60/736, 24 mars 2006, p. 5. En 2001, la Déclaration d'engagement sur le VIH sida des Nations Unies affiche un objectif de 80 % des femmes enceintes séropositives bénéficiant d'une prophylaxie. Entre 2003 et 2005, le pourcentage des femmes bénéficiant d'un traitement est passé de 3 % à 9 %.

<sup>2</sup> WHO, Unaid, Unicef, *Toward universal access. Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector, Progress report*, Geneva, WHO, Unaid, Unicef, 2007, p. 31-32.

<sup>3</sup> *Promouvoir l'accès aux antirétroviraux des femmes enceintes vivant avec le VIH dans les pays du sud*, 24 juin 2004. Plusieurs limites ont été alors soulignées : le nombre de femmes qui en bénéficient est faible ; l'allaitement artificiel qui permet d'éviter la transmission par le lait est peu suivi pour des raisons économiques, culturelles ou de stigmatisation ; l'usage de la névirapine en prophylaxie favorise la sélection de mutations de résistances susceptibles de limiter les options de traitements à venir.

<sup>4</sup> *Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Réunion sur la planification de la mise en œuvre programmatique*, Genève, 23-24 mars 1998, p. 3.

<sup>5</sup> Onusida, *Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Options stratégiques*, Genève, Onusida, Coll. Meilleures pratiques de l'Onusida, octobre 1999, p. 15.

<sup>6</sup> Onusida, *op. cit.*, octobre 1999, p. 7 : « Dans les pays 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 du gigantesque engagement de temps, d'énergie et de ressources consacrées à réduire la mortalité et la morbidité pendant les premières décennies ».

<sup>7</sup> Onusida, *Idem*, p. 12 : « 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. »

<sup>8</sup> Unicef, Unaid, WHO, Unfpa, *HIV and infant feeding. Guidelines for decision-makers*, Geneva, World health organization, 2003. Unicef, *HIV and infant feeding. A compilation of programmatic evidence*, July 2004.

<sup>9</sup> Thior I *et alii*. Breastfeeding Plus Infant Zidovudine Prophylaxis for 6 Months vs Formula Feeding Plus Infant Zidovudine for 1 Month to Reduce Mother-to-Child HIV Transmission in Botswana. A randomized Trial : The Mashi Study. *JAMA* 2006; 269(7): 794-805.

<sup>10</sup> WHO, CROI, 25-28 February 2007, *Briefing note – HIV & infant feeding* : « when replacement feeding is acceptable, feasible, affordable, sustainable and safe, avoidance of all breastfeeding by HIV-infected women is recommended ». Cette série de critères est désignée sous le terme AFASS : *acceptable, feasible, affordable, sustainable, safe* (acceptable, faisable, accessible financièrement, soutenable dans le temps, sûr).

<sup>11</sup> Leshabari S C, Koniz-Booher P, Åström A, de Paoli M M, Moland K M. Translating global recommendations on HIV and infant feeding to the local context: the development of cultural sensitive counselling tools in the Kilimanjaro Region, Tanzania. *Implementation science* 2006; 1(22).

<sup>12</sup> Becquet R, Becquet L, *et alii*. Two-Year Morbidity-Mortality and Alternatives to Prolonged Breast-feeding among Children Born to HIV-Infected Mothers in Côte d'Ivoire. *PloS Med* 2007; 4(1): e17.

<sup>13</sup> Bland RM, Rolins NC, Coovadia H M, Coustoudis A, Newell ML. Infant feeding counselling for HIV-infected and uninfected women: appropriateness of choice and practice. *Bulletin of the World health organization* 2007; 85 (4): 289-96. Editor's Summary. *PloS Med* 2007; 4(1): e17.

<sup>14</sup> Coovadia H M, Rollins N C, Bland R M, Little K, Coutoudis A, Bennis M L, Newell M-L. Mother to child transmission of HIV-1 infection during exclusive breastfeeding in the first 6 months of life: an intervention cohort study. *Lancet* 2007; 369: 1107-116.

<sup>15</sup> Coovadia H M, *et alii, idem*. Iliff P J, *et alii*. Early exclusive breastfeeding reduces the risk of postnatal HIV-1 transmission and increases HIV-free survival. *AIDS* 2005; 19: 699-708. Bland RM, Rolins NC, Coovadia H M, Coustoudis A, Newell ML. Infant feeding counselling for HIV-infected and uninfected women: appropriateness of choice and practice. *Bulletin of the World health organization* 2007; 85 (4): 289-96. Bentley J, Coustoudis A, Kagoro H, Newell ML, *Breastfeeding promotion and infant feeding practices in South African women living in an era of high HIV prevalence*, University of Natal, South Africa; Medical Research Council, South Africa; University College, London, 2002.

<sup>16</sup> Oxman A D, Lavis J N, Fretheim A. Use of evidence in WHO recommendations. *The Lancet* 2007; published on line May 9 2007. DOI : 10.1016/S0140-6736(07)60675-8.

<sup>17</sup> Unicef, *HIV and infant feeding. A compilation of programmatic evidence*, July 2004, p. 8.

<sup>18</sup> WHO, Unaid, Unicef, *Toward universal access. Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector, Progress report*, Geneva, WHO, Unaid, Unicef, 2007, p. 33. Behets F, Mlatendo R, Vaz L, Kileze N, Nanlele D, Kokolomami J, Okitolando E, Van Rie A. Preventing vertical transmission of HIV in Kinshasa, Democratic Republic of the Congo : a baseline survey of 18 antenatal clinics. *Bulletin of the world health organization* 2006 ; 84 (12) : 969-75. Cette étude sur les maternités de Kinshasa montre que l'usage de la névirapine seule est le choix principal, sur les dix-huit centres étudiés, seulement trois proposent un traitement prophylactique et deux d'entre eux utilisent la névirapine. Chaix M-L, *et alii*, Ditrane Plus Study Group. Low Risk of Nevirapine Resistance Mutation in the Prevention of Mother-to-child Transmission of HIV-1 : Agence Nationale de Recherche sur le SIDA Ditrane Plus, Abidjan, Côte d'Ivoire. *JID* 2006; 193: 482-87. Page 486 : « the emergence of zdv resistance mutations is not an issue for pmtct, as was confirmed in the present study. Conversely, the emergence of 3tc resistance mutations and, even more, of nvp resistance mutations is a serious and growing concern ».

<sup>19</sup> WHO, *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants : toward universal access : recommendations for a public health approach*, Geneva, World Health Organization, 2006, p. 25.

<sup>20</sup> Shaffer N, *et alii*. Maternal virus load and perinatal human immunodeficiency virus type 1 subtype E transmission, Thailand. Bangkok Collaborative Perinatal HIV Transmission Study Group. *J Infect Dis* 1999; 179(3): 590-9. Cooper E R, Charurat M, Mofenson L *et al* for the Women and Infants' Transmission Study Group. Combination Antiretroviral Strategies for the Treatment of Pregnant HIV-1-Infected Women and Prevention of Perinatal HIV-1 Transmission. *JAIDS* 2002; 29(5): 484-494.

---

<sup>21</sup> Giuliano M *et alii*. Triple antiretroviral prophylaxis administered during pregnancy and after delivery significantly reduces breast milk viral load, a study within the Drug Resource Enhancement Against AIDS and Malnutrition Program. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2007 44:286–291. Le traitement est la combinaison AZT/3TC/NVP à partir de la 28<sup>e</sup> semaine de grossesse et pendant un mois après l'accouchement.

<sup>22</sup> Abrams E J. Achieving the Global Goal of Eliminating HIV/AIDS in Children : The Argument for Linking Prevention of Mother-to-Child Transmission and HIV Care & Treatment Services, THSY 0301, Conférence de l'IAS, Toronto, août 2006.

<sup>23</sup> Coovadia H M, *et alii*, *op. cit.* Giuliano M *et alii*, *op. cit.*