

TMAE



**PREVENTION DE LA TRANSMISSION
MERE-A-ENFANT DU VIH EN AFRIQUE**

Conseils Pratiques à l'Usage des Programmes



USAID



USAID, Bureau de l'Afrique, Division du Développement Durable (AFR/SD)

**PREVENTION DE LA TRANSMISSION
MERE-A-ENFANT DU VIH EN AFRIQUE :**

Conseils Pratiques à l'Usage des Programmes

Mars 2002

Elizabeth A. Preble, MPH^a

Ellen G. Piwoz, ScD, MHS^b

^a Consultante, Projet Soutien pour l'Analyse et la Recherche en Afrique (SARA), Académie pour le Développement de l'Éducation

^b Conseillère en nutrition, Projet Soutien pour l'Analyse et la Recherche en Afrique (SARA), Académie pour le Développement de l'Éducation

Le Prévention de la transmission mère-à-enfant du VIH en Afrique : Conseils pratiques à l'usage des programmes est un ouvrage publié par le Projet Soutien pour l'Analyse et la Recherche en Afrique (SARA). La direction du projet SARA est assurée par l'Académie pour le Développement de l'Education aidée de ses sous-traitants, l'université Tulane, l'Ecole de Médecine Morehouse et les organismes JHPIEGO et Population Reference Bureau. Le SARA est subventionné par l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international (USAID), Bureau de l'Afrique, Division du Développement durable (AFR/SD/HRD) conformément au Contrat N° AOT-C-00-99-00237-00. Les opinions exprimées ici sont celles des auteurs ne sauraient être considérées comme reflétant nécessairement les points de vue de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International.

Projet Soutien pour l'Analyse et la Recherche en Afrique (SARA)
Académie pour le Développement de l'Education
1825 Connecticut Ave., NW
Washington, DC 20009, Etats-Unis d'Amérique
Tél. : 202-884-8000
Fax : 202-884-8447
Site web : <http://www.aed.org/sara>
E-mail : sara@aed.org

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	v
SIGLES	vi
RESUME ANALYTIQUE	vii
I. INTRODUCTION	1
A. Objet de la présentation	1
B. Envergure du problème traité	1
C. Mécanismes, facteurs temporels et facteurs de risque	2
1. <i>Transmission du VIH en période de grossesse</i>	3
2. <i>Transmission du VIH lors du travail et de l'accouchement</i>	3
3. <i>Transmission du VIH par l'allaitement</i>	3
D. VIH/SIDA chez les nourrissons et enfants	3
II. VOLETS DE LA PREVENTION DE LA TMAE	6
A. Continuum de la prévention aux soins	6
B. Interventions de base pour prévenir la TMAE	8
1. <i>Services PMI complets (prénatals, postnatals et de protection infantile)</i>	8
2. <i>Conseils et tests volontaires (et confidentiels) (CTV)</i>	9
3. <i>Soutien des pratiques sûres d'alimentation infantile</i>	13
4. <i>Pratiques obstétricales optimales</i>	17
5. <i>Prophylaxie antirétrovirale</i>	20
6. <i>Conseils et services de planification familiale</i>	22
C. Prévention primaire	24
D. Soins et soutien en période postnatale des cas de VIH	25
III. QUESTIONS OPERATIONNELLES	29
A. Analyse de situation	29
B. Planification au moyen du dialogue	30
C. Suivi et évaluation	31
D. Questions de politique	32
IV. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	34
REFERENCES	35

ANNEXES

ANNEXE A : VIH/SIDA CHEZ LES FEMMES EN AFRIQUE SUB-SAHARIENNE	40
ANNEXE B : VIH/SIDA CHEZ LES ENFANTS EN AFRIQUE SUB-SAHARIENNE	41
ANNEXE C : TAUX DE MORTALITE INFANTILE AVEC ET SANS VIH DANS LES PAYS D'AFRIQUE SUB-SAHARIENNE : 1998 ET 2010	42
ANNEXE D : LISTE D'OUVRAGES RECOMMANDES EN VUE DE LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-A-ENFANT (TMAE)	43
ANNEXE E : CARACTERISTIQUES DES INTERVENTIONS DE BASE DE PREVENTION DE LA TMAE	47
ANNEXE F : REVUE TECHNIQUE : ANTIRETROVIRAUX EN TRAITEMENT RAPIDE EN VUE DE LA PRÉVENTION DE LA TMAE	48

LISTE DE TABLEAUX ET D'ENCADRES

Tableau 1 : La TMAE et le continuum de la prevention aux soins	6
Encadre 1 : Activités suggérées pour services complets de PMI	9
Encadre 2 : Activités à l'appui des programmes CTV	12
Encadre 3 : Activités à l'appui de l'alimentation infantile sûre	18
Encadre 4 : Activités à l'appui des pratiques obstetricales optimales	20
Encadre 5 : Activités à l'appui de la prophylaxie antirétrovirale par traitement rapide	22
Encadre 6 : Activités en faveur de conseils et services de planification familiale	23
Encadre 7 : Activités en faveur de la prévention primaire	25
Encadre 8 : Activités destinées à soigner et soutenir les cas de VIH postnatal	27
Encadre 9 : Activités à l'appui de l'assistance sociale	28

REMERCIEMENTS

Le présentation qui suit a été adaptée en partant du document « Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV in Africa : A Synthesis of the Issues and Framework for USAID Investments » [Prévention de la transmission mère-à-enfant (TMAE) du VIH en Afrique : Synthèse des questions pertinentes et cadre des investissements de l'USAID], préparé par le projet SARA de l'Académie pour le Développement de l'Education à l'intention du Bureau de l'Afrique, Division du Développement durable de l'USAID. Les auteurs tiennent à reconnaître les contributions du Dr. Stephen Kinoti, conseiller en VIH/SIDA auprès de **SARA**, qui a fourni des conseils précieux lors de la rédaction et de la révision de ce document, et de Nomajoni Ntombela, conseiller sur place de **LINKAGES** en Zambie, ainsi que de Mary Kroeger, conseillère en PMI auprès de **LINKAGES**, ces deux personnes enrichi de leur expertise les sections traitant des services complets de PMI et des soins obstétricaux optimaux. Nous voudrions, par ailleurs, citer les contributions des personnes suivantes, qui nous ont, elles aussi, fait bénéficier de remarques et de feedback utiles lors de la rédaction et de la révision :

Académie pour le Développement de l'Education

Renuka Bery, Caroline Blair, Patricia Bonnard, Sambe Duale, Suzanne Prysor-Jones, Serena Rajabiun et Alice Willard

Centers for Disease Control and Prevention

Nathan Shaffer

Projet Horizons/Population Council

Sam Kalibala

USAID

Warren Buckingham, Holly Fluty Dempsey, Miriam Labbok, Joan La Rosa, Kristen Marsh, Nosa Oboraton, Glenn Post, Roxana Rogers, Karen Shelley, David Stanton et Hope Sukin

UNICEF

Lida Lhotska

ONUSIDA

Catherine Sozi

SIGLES

AMS	Assemblée mondiale de la santé
APMV	Aptitudes pratiques pour mener la vie
ARV	Antirétroviral(e)
AZT	Azidothymidine (zidovudine, ou ZDV)
CCC	Communication pour le changement de comportement
CTV	Conseils et tests volontaires
MST	Maladie sexuellement transmissible
NVP	Névirapine
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONUSIDA	Programme des Nations Unies pour le SIDA
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PMI	Protection maternelle et infantile
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
TMAE	Transmission mère-à-enfant
TPAE	Transmission parent-à-enfant
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence des Etats-Unis pour le Développement international
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
ZDV	Zidovudine (azidothymidine, ou AZT)

RESUME ANALYTIQUE

Il est alarmant de constater le nombre d'enfants qui, en Afrique, ont déjà contracté le VIH/SIDA de leur mère, elle-même infectée du VIH, et à cause de la transmission mère-à-enfant (TMAE)¹. Au total, un demi-million de nourrissons et d'enfants au moins sont déjà morts du SIDA, ce qui compromet les gains acquis en matière de survie infantile des aux programmes complets de santé infantile des dernières années.

Bien des gouvernements et organismes en Afrique reconnaissent la gravité de cette situation, sans pour autant bénéficier de directives précises leur permettant d'y faire face. Le document qui suit a été conçu dans le but de fournir une synthèse des connaissances sur la TMAE et d'aider les directeurs de programme et décideurs de politique à choisir et à mettre en oeuvre des interventions visant à prévenir la TMAE.

On sait que la TMAE peut survenir pendant la grossesse, au moment du travail et de l'accouchement, ou bien, après la naissance par l'allaitement. La meilleure façon d'éviter la TMAE consiste à empêcher que les femmes en âge de procréer ne contractent le VIH. Mais, quant aux millions de femmes africaines déjà infectées et à celles qui le deviendront à l'avenir (malgré les programmes de prévention du VIH/SIDA chez les adultes), on est actuellement en mesure de leur proposer des interventions directes, ou « de base » ayant pour but de mettre à l'abri leurs enfants. En particulier, ces interventions peuvent s'effectuer en utilisant les programmes existants.

Outre l'effet évident et incontestable qu'aura la prévention de la TMAE sur les chances de survie des enfants, bon nombre des interventions de ce genre auront une incidence d'une portée beaucoup plus large sur la protection maternelle et infantile (PMI), puisqu'elles permettront d'améliorer les soins prénatals, d'accouchement et postnatals.

Suit la liste des interventions de prévention de la TMAE dont nous traitons ci-après :

- Services PMI complets (prénatals, postnatals et de protection infantile)
- Services de conseils et de tests volontaires et confidentiels (CTV)
- Conseils et assistance en matière de pratiques sûres d'alimentation infantile
- Pratiques obstétricales optimales
- Prophylaxie antirétrovirale
- Conseils et services de planification familiale en rapport avec les services CTV.

L'efficacité de toute intervention essentielle de prévention de la TMAE présuppose la capacité du système sanitaire et des communautés de la mettre en oeuvre avec succès. Par conséquent, le renforcement des *services de PMI* s'avère crucial. De même, les *services CTV* sont un facteur indispensable permettant d'identifier les mères séropositives susceptibles de bénéficier des autres interventions de lutte contre la TMAE, ainsi que les mères séronégatives en mesure de prendre les dispositions nécessaires pour prévenir l'infection et celles qui doivent se mettre en contact avec des centres de soins et d'assistance en matière de VIH. Par ailleurs, réduire la transmission postnatale exige la capacité d'informer pleinement les femmes et les familles sur les risques et les choix de *l'alimentation infantile*,

¹ La TMAE est également connue sous les désignations de « transmission verticale » ou « transmission périnatale ». Certains organismes ont, depuis peu, commencé à appeler ce mode de transmission la « transmission parent-à-enfant » (TPAE) pour bien prendre en compte le rôle des hommes dans la chaîne de transmission globale.

et d'appuyer leurs décisions dans ce domaine. La possibilité d'améliorer les *pratiques obstétricales* sera probablement et faisable et abordable, bien qu'on ait toujours à quantifier l'impact éventuel de telles améliorations sur la prévention de la TMAE. La prophylaxie par *traitement antirétroviral (ARV) rapide* constitue l'intervention la plus efficace contre la TMAE, mais l'accès à ce type de prophylaxie est encore limité en Afrique. En assurant des conseils et services volontaires de *planification familiale* qui soient liés aux conseils à propos du VIH/SIDA, on serait à même de réduire de manière significative, chez les mères séropositives, le nombre de grossesses non désirées dont beaucoup susciteraient la naissance de bébés séropositifs eux aussi.

Ces interventions de base varient par rapport au coût, à l'impact potentiel et à la facilité de prestation. On comprendra bien que, si aucune de celles-ci ne saurait prévenir à 100 pour cent la TMAE, en revanche, leur effet combiné peut être vraiment positif.

On assure l'efficacité optimale de la prévention de la TMAE, non pas en la poursuivant sous forme d'activité indépendante, mais plutôt en l'intégrant au continuum des interventions anti-VIH/SIDA, qui va de la prévention primaire jusqu'aux soins et à l'assistance ciblant les personnes vivant avec le VIH et le SIDA. Les soins et l'assistance offerts aux femmes étant étroitement liés à la prévention de la TMAE, nous nous pencherons spécialement sur les questions et activités spécifiques reliant ces mesures préventives à la santé et au bien-être féminins. Il importe d'impliquer les hommes dans la prévention de la TMAE, car ils jouent un rôle critique dans la chaîne de transmission du VIH et sont en mesure de soutenir les femmes dans les décisions qu'elles doivent prendre en matière de prévention.

Toute enveloppe d'initiatives de lutte contre la TMAE se doit d'être fondée sur l'analyse des politiques, la prise en compte de considérations morales et de droits de l'homme, la formation et l'encadrement, l'approvisionnement en produits de base et le soutien logistique, la communication pour le changement de comportement, la mobilisation sociale, la participation communautaire, la recherche opérationnelle, ainsi que sur le suivi et l'évaluation. En raison de ces actions exigées, les interventions devront peut-être être introduites progressivement au fil du temps.

Etant donné l'impact de la TMAE sur les taux de morbidité et de mortalité des nourrissons et enfants en Afrique, les organismes gouvernementaux, non gouvernementaux et internationaux doivent augmenter leur soutien des programmes de prévention de la TMAE, et ce, de façon urgente afin de ralentir l'incidence croissante du SIDA infantile en Afrique. Relever ce défi implique la réalisation des actions préconisées suivantes :

- Ré-examiner les programmes existants pour localiser les points ouvrant l'accès à la programmation d'activités efficaces de prévention du VIH/SIDA et de la TMAE.
- Entamer des discussions avec toutes les personnes intéressées et tous les partenaires afin d'élaborer à l'échelle nationale des stratégies de prévention de la TMAE.
- Augmenter le soutien accordé à la prévention primaire du VIH/SIDA.
- Identifier des sources de financement des interventions anti-TMAE.
- Fournir un soutien à la recherche opérationnelle pour la prévention de la TMAE.
- Appuyer l'amélioration de l'infrastructure de soins sanitaires prénatals, condition

indispensable à la prestation de certains services de base de prévention de la TMAE.

- Offrir l'assistance aux familles et communautés touchées par le VIH/SIDA.
- Revoir systématiquement les enveloppes de prévention de la TMAE afin de vérifier la pertinence et l'opportunité de celles-ci à la lumière de l'évolution rapide des connaissances et des progrès dans les domaines comportemental, biologique et pharmaceutique.

A l'heure qu'il est, il incombe aux administrations nationales et aux donateurs de reconnaître que la prévention de la TMAE exige plus que l'approvisionnement en médicaments et en produits de base. En effet, il faudra renforcer les systèmes pertinents et préparer les communautés impliquées à la mise sur pied de ces programmes. Ce qui est donc requis c'est l'engagement à fournir *tout un éventail* d'interventions afin de réduire sensiblement l'incidence du VIH/SIDA infantile en Afrique sub-Saharienne, tant à l'heure actuelle qu'à l'avenir.

x



I. INTRODUCTION

A. Objet de la présentation

En Afrique, bien des gouvernements et organismes des pays en développement ont accordé une haute priorité à la prévention de la transmission mère-à-enfant (TMAE) du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), également connue sous la désignation de transmission verticale, périnatale, ou bien, parent-à-enfant. Effectivement, un tel effort est en accord non seulement avec les buts plus larges de la prévention du VIH/SIDA, mais aussi avec les engagements pris en vue d'améliorer la santé et les taux de survie infantiles.

La présentation qui suit résume les connaissances actuelles sur la TMAE, cependant qu'elle fournit des conseils d'ordre pratique quant à la réalisation d'interventions contre la TMAE en Afrique qui soient sûres, abordables, faisables, admises du point de vue culturel, durables et efficaces dans des milieux africains très divers. De plus, le lecteur pourra en faire usage pour entamer un dialogue sur les politiques et pour assurer la coordination des efforts d'autres organismes partenaires et organisations non gouvernementales sur les plans international, régional et national.

B. Envergure du problème traité

S'il existe quelques signes indiquant que *l'incidence* du VIH en vient enfin à se stabiliser dans certains pays de l'Afrique sub-Saharienne (ONUSIDA, 2000a) ; il reste que la *prévalence* de cette maladie est toujours élevées, et que l'épidémie du VIH continue à avoir des conséquences dévastatrices. A l'heure actuelle, dans huit pays de la région, plus de 15 pour cent de la population adulte âgée d'entre 15 et 49 ans sont infectés du VIH-1² ; dans sept pays, un adulte sur cinq est séropositif (ONUSIDA, 2000b). La plupart de ces personnes décéderont en moins de 10 ans après le début de l'infection. Selon les estimations de l'ONUSIDA, rien qu'en 2000 on aurait enregistré en Afrique sub-Saharienne 2,4 millions de morts dues au SIDA (ONUSIDA, 2000a).

C'est de plusieurs façons que le VIH/SIDA frappent les nourrissons et enfants en Afrique, mais il est probable que ceux qui les contractent au moyen de la TMAE en sont les plus *directement* touchés. Là où des traitements avancés et chers font quasi-complètement défaut et où même l'accès à des médicaments de base pour guérir les infections opportunistes tend à être irrégulier, les enfants ont à faire face à la morbidité grave et au décès presque certain dans l'enfance.

Dans les pays industrialisés, les taux de TMAE ont baissé ces derniers temps, parfois jusqu'à deux pour cent des naissances parmi les mères séropositives, en raison de l'introduction de conseils et de tests ayant trait au VIH, de la prophylaxie à court terme par zidovudine (ZDV ou AZT), de l'accouchement césarien facultatif, ainsi que de l'utilisation sûre de laits maternisés pour nourrissons remplaçant l'allaitement (Mofenson et McIntyre, 2000). Dans les régions d'Afrique où généralement on ne peut bénéficier de ces interventions et où

² La souche prédominante du VIH en Afrique étant la VIH-1, toutes les mentions du VIH dans cet exposé renvoient au VIH-1.

l'allaitement prolongé est la règle, environ 25 à 35 pour cent des mères séropositives transmettent le VIH à leurs enfants (Dabis et al., 2000a).

La gravité du problème de la TMAE en Afrique sub-Saharienne résulte de taux élevés de d'infection par VIH parmi les femmes en âge de procréer, de fait que ces femmes constituent une population importante, de taux de natalité élevés et du manque d'interventions efficaces de prévention de la TMAE. Les taux d'infection chez les femmes, déjà élevés en Afrique sub-Saharienne, sont en pleine croissance (voir à l'**Annexe A** le détail des taux par pays).

Selon les estimations de l'ONUSIDA, à la fin de 2000 environ 25 millions d'adultes et d'enfants souffraient du VIH/SIDA en Afrique sub-Saharienne ; de plus, près de quatre millions d'adultes et enfants avaient été nouvellement infectés du VIH en cette même année (ONUSIDA, 2000a). A ne prendre que l'an 1999, entre 300 000 et 610 000 décès d'enfants frappés du SIDA ont été enregistrés dans la tranche de 0 à 14 ans (voir l'**Annexe B**). Les taux de mortalité infantile, quoiqu'en baisse entre 1981 et 1986, sont montés en flèche, principalement à cause du SIDA (voir l'**Annexe C**). On peut imputer à la TMAE la quasi-totalité des décès de jeunes enfants dus au SIDA en Afrique.

C. Mécanismes, facteurs temporels et facteurs de risque

La TMAE en Afrique est la conséquence tragique de tout un enchaînement d'événements ; comportant le plus fréquemment le fait qu'un homme séropositif a transmis à la femme qui est sa partenaire cette infection lors de rapports sexuels non protégés, et qu'ensuite cette femme la passe à son prochain enfant et éventuellement à plusieurs enfants qu'elle mettra au monde pendant qu'elle reste en âge de procréer. Pour mettre en relief le rôle important ainsi joué par les hommes dans cette chaîne de transmission, certaines organisations ont substitué à l'expression « transmission mère-à-enfant », qui est pourtant exacte du point de vue biologique, l'expression « transmission parent-à-enfant », traduisant plus fidèlement l'aspect comportemental.

Les nourrissons ayant reçu de leur mère l'infection par le VIH le font en période de grossesse, lors du travail et de l'accouchement ou à la suite de la naissance quand la mère les allaitent. On estime actuellement que le risque d'infection s'élève à 5 à 10 pour cent en période de grossesse ; à 10 à 20 pour cent lors du travail et de l'accouchement ; et enfin, à 10 à 20 pour cent pendant l'allaitement du bébé (deCock et al., 2000). On pourrait aussi transmettre le SIDA à la suite de la naissance, si le nourrisson entre en contact avec du sang infecté, des produits sanguins ou du matériel médical non stérile. Toutefois, on pense que cela se produit assez rarement, même en Afrique. Il est probable qu'on a réduit davantage l'incidence de la transmission infantile sans rapport avec la TMAE, par les efforts faits pour accroître la sécurité des banques du sang, pour éviter les transfusions sanguines non nécessaires au moment de l'accouchement et pour améliorer les pratiques de lutte contre les infections.

Pour de plus amples détails concernant les différents aspects de la TMAE, reportez-vous à la liste de ouvrages recommandés à l'**Annexe D**.

1. *Transmission du VIH en période de grossesse*

Chez la plupart des femmes séropositives, le VIH ne passe pas au travers du placenta de la mère vers le fœtus. Il se peut même que le placenta protège effectivement celui-ci contre le VIH (Anderson, 1997). Et pourtant, la protection offerte par le placenta risque de se détériorer si : a) la mère a une infection placentaire virale, bactérienne ou parasitaire lors de la grossesse ; b) la mère devient elle-même séropositive pendant la grossesse et, en conséquence de cela, il se crée à court terme un niveau élevé de VIH ; ou c) la mère développe une immunodéficience grave associée à un stade avancé du SIDA. Ainsi, on a qualifié certaines affections chez la mère, y compris des infections placentaires non traitées (notamment le paludisme), des infections par VIH récentes et le VIH à un stade avancé, de facteurs de risque liés à la TMAE (OMS, 1999). Par ailleurs, il est possible que la malnutrition en période de grossesse contribue indirectement à la TMAE.

2. *Transmission du VIH lors du travail et de l'accouchement*

Les bébés mis au monde par des mères séropositives sont à très haut risque de contracter l'infection par VIH au moment de l'accouchement. Si, en effet, aucune mesure de prévention de la transmission n'est prise à ce seul moment-là, de 10 à 20 pour cent des nouveaux-nés en seront atteints. Bien des bébés devenus séropositifs à ce stade le font en suçant, en absorbant ou en aspirant du sang maternel ou des sécrétions cervicales qui contiennent du VIH, tandis que d'autres peuvent être infectés lorsque le sang de la mère et celui du fœtus se mélangent lors de la séparation du placenta. Ont été associées aux risques accrus de TMAE au moment du travail et de l'accouchement, la durée de la rupture de la membrane (qu'on effectue souvent délibérément afin d'intensifier ou provoquer le travail), la chorio-amnionite aiguë (qui résulte de MST non traitées ou d'autres infections), ainsi que des techniques d'accouchement invasives tendant à accroître la mise en contact du bébé avec le sang maternel (Anderson, 1997 ; OMS, 1999).

3. *Transmission du VIH par l'allaitement*

Le VIH est présent dans le lait maternel, mais avec des concentrations virales cependant beaucoup plus faibles que celles observées dans le sang. En moyenne, environ 15 pour cent des bébés nés de mères séropositives deviendront infectés par suite de l'allaitement prolongé (de 24 mois ou plus). Certaines études récentes donnent à croire que le risque de TMAE due à l'allaitement dépend de plusieurs facteurs, à savoir : (a) le mode d'allaitement (il est possible que les bébés allaités exclusivement au sein courent un risque plus faible de s'infecter que ceux qui prennent aussi d'autres liquides, laits ou aliments solides pendant les premiers mois de vie (Coutsoudis et al., 1999 ; Coutoudis et al., 2001 ; Smith et Kuhn, 2000) ; b) l'état de santé mammaire (la mastite, les mamelons crevassés et tachetés de sang ou autres signes de l'inflammation mammaire sont liés à des risques accrus de transmission) ; c) la durée de l'allaitement ; d) la charge virale chez la mère (rendu plus forte par suite d'une infection récente ou de la progression avancée de la maladie chez celle-ci) ; e) l'état d'immunité maternel ; et f) l'état nutritionnel maternel. On estime que le risque de TMAE postnatale double (jusqu'à environ 30 pour cent) si la mère contracte le virus pendant qu'elle allaite son enfant (Dunn et al., 1992).

D. VIH/SIDA chez les nourrissons et enfants

La TMAE est devenue un problème de santé infantile critique en Afrique, car non seulement elle favorise la morbidité infantile grave et la mortalité infantile importante, mais elle

contrecarre l'impact des programmes ayant réussi par le passé à réduire de manière significative les taux de mortalité infantile.

Le dépistage du VIH/SIDA chez les bébés peut se faire au moyen d'analyses de laboratoire lorsqu'on y a accès, ou en observant des symptômes du SIDA. Une analyse de sang permet de déterminer le volume d'anticorps contre le VIH ; cependant le sang d'un enfant né d'une mère séropositive contient, pendant 12 à 15 mois, des anticorps transmis par celle-ci, quand bien même l'enfant lui-même n'en serait pas infecté. Pour cette raison, les analyses standard d'anticorps contre le VIH ne sauraient confirmer de manière fiable l'infection par VIH chez les bébés au-dessous de l'âge de 12 à 15 mois. Le test de réaction de chaîne de polymérase (RCP) est apte à dépister le VIH beaucoup plus tôt dans la vie de l'enfant, seulement le prix prohibitif de cette analyse empêche d'en faire un usage généralisé dans la plupart des localités africaines.

Parmi les symptômes les plus répandus du SIDA infantile notés par les cliniciens en Afrique, on pourrait citer le défaut de croissance, la lymphadénopathie (ganglions lymphatiques élargis), les diarrhées tenaces, l'infection pulmonaire, la toux et la fièvre chroniques. Il se peut que, au début, ces symptômes ressemblent à des troubles de santé infantile courants, la différence consistant en le fait que, chez l'enfant séropositif, ils ne répondent que lentement, voire pas du tout, aux traitements standard. Ainsi, les enfants frappés du VIH/SIDA constituent un défi à relever par les prestataires de soins et les systèmes de santé.

L'OMS a récemment actualisé son approche clinique du dépistage de l'infection par VIH symptomatique chez les enfants habitant des pays où les tests de diagnostic font défaut. Elle a effectivement inclus dans les protocoles de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) de nouveaux principes directeurs de traitement. Selon ces derniers (OMS, 2000a), tout enfant présentant trois quelconques des signes ou affections suivants est soupçonné d'être séropositif :

- Dans le courant des deux mois précédents, au moins deux infections de poitrine exigeant la prise d'antibiotiques
- Un ou plusieurs accès de diarrhées tenaces OU au moins deux accès de diarrhées aiguës dans le courant des deux mois précédents
- Un parent atteint de la tuberculose
- Candidiase orale (muguet)
- Ganglions lymphatiques élargis à deux ou plusieurs endroits (ganglions cervicaux, inguinaux, axillaires)
- Croissance défailante (courbe de croissance plate ou en baisse pendant deux mois de suite)
- Poids par rapport à l'âge au-dessous du 3ème percentile (selon les normes de croissance internationales).

Les principes directeurs PCIME préconisent une formation spéciale pour les agents de santé qui traitent les enfants soupçonnés d'être séropositifs dans les pays où deux pour cent au moins des adultes sont séropositifs. Est à comprendre dans cette formation le traitement d'enfants chez qui il manque toute réponse aux protocoles de traitement PCIME standard, qui présentent des signes et symptômes de l'infection par VIH ou qui ont des antécédents épidémiologiques suggérant l'existence du VIH (OMS, 2000a ; Lepage et al., 1998).

En Afrique, la progression de la maladie chez les enfants à qui la mère a transmis l'infection VIH s'annonce plus rapide qu'elle ne l'est dans les pays industrialisés, probablement parce que les enfants africains sont exposés tôt à de multiples infections, que les taux de malnutrition et de carences en micronutriments sont élevés (Dray-Spira et al., 2000) et enfin, que l'accès aux soins sanitaires est limité. Nombre d'études récentes montrent que le tiers au moins des enfants séropositifs dans les pays en développement meurt dans la première année de vie (Dabis et al., 2000b).

On a proposé quatre classes d'interventions préventives conçues dans le but de réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH chez les enfants africains, à savoir : la prophylaxie médicamenteuse (pour prévenir la pneumonie provoquée par *Pneumocystis carinii*, les complications des infections bactériennes et la tuberculose) ; les immunisations systématiques telles que recommandées le Programme élargi d'immunisation et d'immunisation anti-pneumococcique de l'OMS ; la prise de micronutriments en supplément ; et la prévention et le traitement précoce de la malnutrition (Dray-Spira et al., 2000).

A l'heure actuelle, il n'existe aucune cure du VIH/SIDA adulte ou infantile, les nombreuses thérapies complexes utilisées dans les pays industrialisés pour guérir des symptômes du VIH/SIDA n'étant ni pratiques ni abordables en Afrique. Par contre, les traitements palliatifs, eux, *sont parfaitement* pratiques, abordables et appropriés pour les personnes atteintes du VIH/SIDA. La conception des soins palliatifs associe à toute une gamme de thérapies des efforts pour assurer la meilleure qualité de vie possible aux malades atteints de maladies menaçant l'existence et finalement incurables (UNIAIDS, 2000c).

II. VOILETS DE LA PREVENTION DE LA TMAE

A. Continuum de la prévention aux soins

Nous exposons au Tableau 1, ci-dessous, le continuum tout entier de lutte contre le VIH/SIDA englobant la prévention primaire, le traitement et les activités de soutien qui doit former le cadre de tout effort ciblant la prévention de la TMAE :

TABLEAU 1 : LA TMAE ET LE CONTINUUM DE LA PREVENTION AUX SOINS

<u>PREVENTION PRIMAIRE DU VIH/SIDA CHEZ LES ADULTES :</u>	<u>INTERVENTIONS DE BASE POUR PREVENIR LA TMAE :</u>	<u>SOINS ET SOUTIEN :</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Promotion et approvisionnement en préservatifs • Communication pour le changement de comportement (y compris éducation et participation des partenaires, familles et communautés ; APMV et autres programmes ciblant les jeunes) • Prévention et traitement des maladies sexuellement transmissibles • CTV 	<ul style="list-style-type: none"> • Services PMI complets (protection prénatale, postnatale et infantile) • CTV • Conseils et pratiques pour améliorer l'allaitement et l'alimentation infantile de substitution • Soins obstétricaux optimum • Prophylaxie antirétrovirale • Planification familiale 	<ul style="list-style-type: none"> • Soins postnatals dispensés aux mères (y compris planification familiale) • Soins postnatals pour bébés (y compris dépistage, traitement et soins palliatifs de troubles liés au SIDA) • Assistance sociale pour familles et communautés où sévit le VIH/SIDA, surtout pour orphelins et enfants à risque • Aide apportée à la prise de décision concernant l'alimentation infantile

Cette présentation se focalise sur les interventions *de base* de prévention de la TMAE et sur la mise en oeuvre de celles-ci (intégralement ou en partie) dans le cadre élargi de la prévention du VIH/SIDA, de la survie infantile, de la santé reproductive, de la planification familiale et des programmes de sécurité alimentaire. Les interventions anti-TMAE *de base* sont celles destinées à prévenir *directement* la TMAE en période de grossesse, lors du travail et de l'accouchement et en période postnatale pour les femmes déjà séropositives. Les interventions de ce genre, que nous énumérons au Tableau 1, sont celles que l'on soit *aujourd'hui* capables d'identifier le plus efficacement possible les femmes séropositives et d'atténuer le risque de transmission du VIH pendant chaque période citée. Au fur et à mesure que se poursuit la recherche pertinente, il est probable qu'on cernerait de nouvelles interventions et qu'on les validerait du point de vue technique. En même temps qu'on les évalue, il faudra qu'on mène des recherches opérationnelles afin de mesurer et améliorer la couverture, le coût, la faisabilité, l'admissibilité et la qualité de celles-ci, ainsi que leur intégration à des programmes de plus grande portée de lutte contre le VIH/SIDA et à d'autres programmes de santé.

L'éducation en matière de TMAE, dispensée dans le cadre de la *prévention primaire du VIH/SIDA chez les adultes*, pourrait même servir de moteur qui incite les gens à éviter les comportements sexuels non protégés. Cet effet serait probable, notamment parmi les jeunes couples, étant donné la grande importance qu'attachent les sociétés africaines à la famille et à la formation des enfants. La promotion des ventes de préservatifs, la planification familiale, la communication pour le changement de comportement (CCC), ainsi que les programmes de prévention et de traitement des maladies sexuellement transmissibles (MST) peuvent se montrer extrêmement efficaces en vue d'expliquer ce que c'est que la TMAE et le risque pour enfants des rapports sexuels non protégés.

En toute probabilité, la compréhension plus approfondie de l'impact du VIH sur les femmes en période de grossesse ou d'allaitement et de la gamme de choix à opérer pour prévenir la TMAE, favorisera un dialogue plus ouvert entre hommes et femmes sur les rapports protégés et les comportements sexuels sans risques. La TMAE doit être intégrée dans la formation en aptitudes pratiques pour mener la vie (APMV) pour les jeunes, afin qu'ils puissent s'informer tôt des moyens de protéger leur famille future contre l'infection. Puisque les jeunes femmes dans beaucoup de pays courent un risque particulièrement élevé de contracter le VIH, il existe un besoin toujours plus pressant d'influencer les attitudes et les usages concernant la TMAE, en évitant de stigmatiser et en multipliant les connaissances et aptitudes chez les garçons comme chez les filles pour ce qui touche à la transmission de la maladie des parents aux enfants. Enfin, assurer l'éducation pour la prévention de la TMAE au niveau communautaire est indispensable à la création d'une atmosphère de soutien pour les femmes ayant à prendre des décisions délicates en rapport avec la TMAE et sa prévention.

A l'autre bout du continuum, l'amélioration de la santé des mères par le biais de la prestation de *soins et de soutien* pré- et postnatals complets peut aussi contribuer à un risque réduit de la TMAE. Plus précisément, une telle démarche servirait à améliorer la santé et la nutrition générales, ainsi que l'issue de la naissance, tout en réduisant à la fois la mortalité maternelle (facteur associé à la mortalité des nourrissons et des enfants) et le risque couru par les mères d'infection par le VIH, et ce, en dépistant et traitant toute infection des organes reproducteurs. Pour les femmes séropositives, les services de soins sanitaires peuvent prévenir et guérir les infections opportunistes et d'autres affections tendant à dégrader leur qualité de vie, à abrégier la période de survie consécutive au SIDA et à porter atteinte à leur capacité de soigner leurs enfants.

Il se peut même que la mise en place de programmes de prestation de soins sanitaires, de conseils nutritionnels et d'appui social au profit de personnes vivant avec le VIH/SIDA augmente effectivement la demande d'interventions CTV et TMAE, car les femmes sauraient ainsi qu'il existe des sources d'aide dans le cas où elles s'informeront de leur état séropositif. De tels programmes peuvent constituer des moyens d'introduction de la prévention de la TMAE sur le plan communautaire. En particulier, le recrutement de la communauté en vue de sa participation aux soins des orphelins peut être la source d'espoir et d'un sentiment de contrôle, favorisant ainsi la réceptivité aux messages de prévention du SIDA (Williamson, 2000a). C'est dans la section II.D que nous traitons des raisons humanitaires supplémentaires qui justifient l'offre de soins et d'assistance, et que nous fournissons des exemples de différentes approches en ce sens.

De nombreux programmes de développement existants constituent des moyens permettant d'inaugurer des services de prévention de la TMAE. En plus des programmes de prévention du VIH/SIDA de portée assez large, on pourrait citer les programmes visant la santé et la survie infantile, la santé de la reproduction et la planification familiale, la nutrition et l'alimentation des jeunes enfants, le renforcement et la réforme du secteur sanitaire et la sécurité alimentaire. On devrait, par ailleurs, donner son appui à l'analyse et l'actualisation des politiques, à la formation et à l'encadrement, à l'approvisionnement en médicaments et kits de tests et à la logistique associée, à la communication pour le changement de comportement, à la mobilisation sociale, à la recherche opérationnelle ainsi qu'au suivi et évaluation.

Dans la section suivante de cette présentation, nous soulignons les interventions *de base* de prévention de la TMAE et les démarches nécessaires à leur intégration aux programmes VIH/SIDA et autres.

B. Interventions de base pour prévenir la TMAE

Sont décrites ci-dessous les interventions de base de prévention de la TMAE. Le graphique figurant à l'**Annexe E** présente en résumé les connaissances actuelles sur l'impact, la sécurité, la faisabilité probable et d'autres avantages connexes de ces actions.

1. *Services PMI complets (prénatals, postnatals et de protection infantile)*

Pour garantir l'accès des femmes enceintes à une partie ou à l'intégralité des interventions de base de prévention de la TMAE, il faudra pouvoir confirmer leur état séropositif et s'assurer qu'elles disposent de services sanitaires de haute qualité en période prénatale, lors du travail et de l'accouchement et après la naissance elle-même. Toute enveloppe complète de services prénatals doit comprendre les éléments suivants : CTV ; immunisation à l'anatoxine tétanique pour les mères ; dépistage et traitement de MST ; suppléments alimentaires en fer et en acide folique ; traitement intermittent antipaludique et traitement de la tuberculose, le cas échéant ; soins obstétricaux de base ; et renseignements sur la prévention du SIDA, l'alimentation infantile et la planification familiale (Dabis et al., 2000a), ainsi que conseils nutritionnels et diététiques. De plus, on recommande un système de signalisation des dangers et des plans pour le transport des cas obstétricaux d'urgence.

Les services PMI améliorés procurent à *toutes* les mères des bienfaits tant directs qu'indirects ; on peut citer par exemple :

- En réduisant l'incidence et la gravité des cas de paludisme, de tuberculose et des infections des organes reproducteurs et autres, on augmente les chances d'une femme séropositive d'éviter ou de repousser des affections susceptibles de nuire à sa santé et sa survie.
- En améliorant les soins prénatals on remédiera aux mauvais résultats négatifs de naissance tels qu'enfants morts nés, poids faible à la naissance, naissances avant terme et mortalité infantile, et ce, indépendamment de l'état séropositif/négatif de la mère (Liljestrand, 1999).

- Il existe entre la malnutrition et l'infection par VIH un lien inextricable. En améliorant l'état nutritionnel de la mère séropositive, on sera en mesure de ralentir la progression du SIDA et de prolonger la période de survie de celle-ci (Piwoz et Preble, 2000 ; Fawzi et al., 1998 ; Semba, 1997).

Les centres de protection maternelle et infantile (PMI) constituent de bons points d'insertion de l'éducation destinée à prévenir le VIH/SIDA. Toutefois, ces formations généralement n'atteignent pas les hommes, c'est pourquoi il importe de déployer des efforts de vulgarisation ciblant les hommes et les communautés, pour s'assurer que la prévention de la TMAE n'est pas uniquement le fait des femmes.

Pour ce qui est des femmes enceintes qui ignorent leur état de VIH et de celles qui se savent séronégatives, l'utilisation de préservatifs et le refus des rapports sexuels non protégés en période de grossesse se révèlent aptes à prévenir l'infection par VIH (et d'autres MST). En ce faisant, les femmes évitent les niveaux élevés de VIH qui se produisent dans la phase aiguë survenant immédiatement après l'infection et qui posent les plus grands risques de TMAE en période de grossesse et d'allaitement.

ENCADRE 1 : ACTIVITES SUGGEREES POUR SERVICES COMPLETS DE PMI

- Soutenir l'organisation sanitaire et l'évaluation systématique de la qualité et de la portée des services PMI
- Organiser des formations spécifiques pour agents de santé dans les domaines relevant de la TMAE, dont techniques d'accouchement sûres, soins prénatals essentiels, contraception adaptée aux femmes séropositives, choix et soutien d'une méthode d'alimentation infantile (y compris pratiques d'allaitement plus sûres), ...
- Favoriser l'établissement de liens entre les conseils en planification familiale et l'éducation, conseils et tests en matière de VIH/SIDA
- Promouvoir l'éducation en VIH/SIDA dans les centres PMI
- Assurer l'approvisionnement en produits pharmaceutiques, fournitures, matériel et suppléments nutritifs en rapport avec les services PMI
- Promouvoir la gestion de la logistique opérationnelle de médicaments
- Prévoir des investissements dans de nouvelles méthodes de formation d'agents de santé à court terme, lesquelles devraient mettre l'accent sur l'assimilation de connaissances et compétences
- Impliquer le partenaire et la famille dans les soins prénatals

2. Conseils et tests volontaires (et confidentiels) (CTV)

Nombre d'études récemment entreprises ont montré que les CTV constituent une intervention rentable permettant de restreindre les comportements portant risque de SIDA, notamment lorsqu'elle s'adresse à des couples à risque (The Voluntary HIV-1 Counseling and Testing Efficacy Study Group, 2000 ; Sweat et al., 2000).

Les services CTV s'avèrent indispensables à la prévention de la TMAE, car ils permettent d'identifier les femmes (et les familles) susceptibles de bénéficier d'interventions visant la

TMAE. En l'absence de services CTV, la plupart des femmes en Afrique ne peuvent connaître définitivement leur état séropositif/séronégatif sauf si elles tombent malades avec les symptômes caractéristiques du SIDA ou si elles mettent au monde un bébé chez qui le VIH/SIDA est diagnostiqué et qui en meurt. Par conséquent, elles n'ont pas du tout accès à la plupart des interventions anti-TMAE. Pour ne citer qu'un exemple, la prophylaxie ARV en vue de la prévention de la TMAE n'est dispensée qu'aux femmes dont l'état séropositif a été confirmé. L'efficacité des conseils en alimentation infantile est au maximum quand on prend en compte l'état séropositif ou négatif de la mère.

Pour les femmes identifiées comme étant séropositives avant ou durant la grossesse, des conseils adaptés aux résultats de tests peuvent les aider à prendre les dispositions nécessaires pour leur avenir et celui de leur famille. De plus, de tels services facilitent, pour ces femmes, l'accès à des interventions de lutte contre la TMAE, les mettent en mesure de prendre des dispositions en vue de maintenir leur état de santé, de s'assurer qu'elles ne transmettent pas l'infection à leur partenaire sexuel, de pouvoir faire appel à des groupes ou services de soutien et de prendre des décisions en connaissance de cause concernant leur comportement sexuel et leurs grossesses futures (ONUSIDA, 1999). Pour les femmes séronégatives, les conseils pourront non seulement renforcer l'importance des comportements sexuels protégés, mais aussi leur fournir des renseignements et du soutien additionnels afin de les garder exemptes d'infection.

La stigmatisation des femmes séropositives reste considérable en Afrique, ce qui fait que bien femmes—et des hommes—répugnent à subir des tests et conseils. Pour les femmes qui *acceptent* de chercher des services CTV et qui se révèlent séropositives par la suite, c'est une affaire délicate que d'en informer leur partenaire sexuel. Pour surmonter cette difficulté, certains conseillers au Kenya et en Tanzanie avaient créé un cadre de sécurité dans lequel les partenaires pouvaient discuter avec un conseiller leur état séropositif et comportement sexuel (c'est-à-dire, un cadre CTV communautaire, et non pas prénatal) (Groupe d'étude sur l'efficacité des conseils et tests volontaires pour prévenir le VIH-1, 2000).

D'après certaines études, les femmes séropositives ressentent assez fréquemment la peur de provoquer la violence (voies de fait) et la rupture des rapports intimes (Maman et al., 2001 ; Gaillard et al., 2000 ; Groupe d'étude sur l'efficacité des conseils et tests volontaires pour prévenir le VIH1, 2000). La sensibilité dans les conseils, l'éducation communautaire et la participation des partenaires au processus CTV peuvent atténuer (mais pas supprimer) la possibilité de tels événements négatifs.

C'est à partir soit de centres de tests indépendants communautaires soit de formations sanitaires qu'on peut proposer des services CTV. Dans ce dernier cas, ils forment un composant des programmes PMI, de planification familiale et des programmes de santé qui accueillent les jeunes. Parmi les avantages pour les femmes de la prestation de services CTV dans le cadre de la PMI ou des soins prénatals, on peut citer les suivants :

- Intégrer les CTV aux services PMI réguliers (qu'on propose à toute cliente de la PMI) peut éliminer la réprobation associée tant aux CTV qu'à l'infection par VIH.
- Il est possible que les femmes acceptent plus volontiers les CTV proposés aux centres PMI que si ces services fournis étaient fournis en consultations externes pour hommes et femmes.

- Les services CTV implantés dans des centres de soins prénatals sont mis à la disposition d'un pourcentage important des femmes enceintes.
- Quand les femmes viennent faire des visites répétées dans un centre de soins prénatals, les prestataires ont l'occasion de répondre aux questions portant sur le VIH qu'elles posent à différents stades de leur grossesse.
- La mise à disposition de CTV au sein d'un centre sanitaire donné favorisera l'intégration des programmes VIH/SIDA à d'autres types de soins, tels que le traitement de MST et d'autres infections, l'assistance en matière de nutrition et la planification familiale.
- Pour les femmes séropositives, l'offre de services CTV dans un centre sanitaire donné peut assurer l'orientation de ces clientes vers d'autres interventions anti-TMAE (par ex., prophylaxie ARV et conseils en alimentation infantile). Pour les femmes séronégatives, on aura l'occasion de renforcer les comportements sexuels sans risques (ou en d'autres termes, la prévention primaire du VIH).

Quelque soit le cadre dans lequel les CTV sont proposés, il est essentiel que les hommes en profitent, car l'état séropositif/séronégatif du partenaire d'une femme constitue un facteur crucial rentrant dans la prise de décision au sein du foyer. Quel que soit l'état de l'homme concerné, sa participation aux conseils accompagnant les tests de dépistage du VIH aidera à garantir son soutien dans les dilemmes et choix confrontant sa partenaire à propos du VIH, de l'alimentation infantile, de la planification familiale, etc.

L'expérience gagnée jusqu'à ce jour en matière de CTV dans les programmes pilotes anti-TMAE a donné des orientations à suivre pour rendre les CTV plus acceptables aux femmes et pour optimiser leur impact :

- On doit mettre en place des systèmes afin de protéger la confidentialité des services CTV, tout en renforçant la confiance de la communauté dans ce caractère confidentiel. Dans certains cas, les conditions matérielles dans lesquelles se déroulent les consultations-conseils sont à améliorer par la rénovation des locaux sanitaires.
- On doit sensibiliser les hommes et les communautés à la TMAE et promouvoir les services CTV et les autres interventions de lutte contre la TMAE, afin de créer la demande pour les CTV.
- Les agents de santé doivent recevoir une bonne formation en TMAE et se sentir tout à fait à l'aise avec le programme TMAE, de façon à pouvoir orienter les femmes vers ces services.
- Les hommes et femmes séropositifs estiment précieux le soutien dont ils bénéficient dans le cadre des programmes de conseils. Ainsi, dès que les CTV auront été mis à disposition, il existera une demande accrue de conseillers compétents capables de fournir à ce groupe des soins et du soutien en permanence. Il peut s'agir tantôt de conseillers-pairs bien formés (c'est-à-dire, des

hommes ou femmes séropositifs eux aussi), tantôt d'autres agents de santé ou travailleurs sociaux.

- Les conseillers-pairs sont à même d'aider les femmes séropositives à prendre des décisions difficiles relatives à l'alimentation infantile, aux soins et à leur avenir.
- La recherche opérationnelle s'avère indispensable afin de cerner des approches permettant d'atteindre les femmes enceintes à travers d'autres types de services CTV pour assurer leur orientation opportune vers des systèmes de santé, qui peuvent d'autres des interventions de lutte contre la TMAE.
- Dans toutes les situations où on propose des services CTV, les programmes impliqués doivent concevoir leurs messages de prévention de façon à cibler aussi bien des femmes et partenaires reconnus par les tests, comme *séronégatifs* que ceux qui s'avèrent *séropositifs*. On doit y attacher une importance particulière dans le contexte de la TMAE, car les femmes nouvellement infectées courent des chances deux fois plus grandes de transmettre le virus à leurs enfants (en raison charges virales élevées qui se manifestent à ce moment-là).

ENCADRE 2 : ACTIVITES A L'APPUI DES PROGRAMMES CTV

- Organiser à l'intention des agents de santé des formations en cours d'emploi en TMAE, principes de réduction intégrée du risque de TMAE, CTV et prise en charge des femmes révélées séropositives ou séronégatives
- Former des conseillers-pairs et professionnels en VIH en prévention de la TMAE et techniques CTV améliorées
- Revoir les programmes de formation avant service afin d'y inclure des questions portant sur la TMAE et les CTV
- Réserver des locaux aux conseils confidentiels
- Assurer la bonne supervision des services CTV à l'aide de méthodes d'assurance de qualité
- Fournir des kits pour tests rapides du VIH, des gants, antiséptiques, seringues, aiguilles, tubes d'échantillon « vacutainer », lancettes et autres produits de laboratoire consommables
- Former des techniciens de laboratoire et financer des programmes d'assurance de qualité de laboratoire
- Promouvoir la sensibilisation, l'éducation et le soutien communautaire en matière de CTV
- Mener des recherches formatrices dans les domaines de l'acceptation, de la création de la demande et des incidences des CTV
- Mettre à disposition aux centres de CTV des conseils en planification familiale et des orientations vers d'autres services
- Etablir des liens entre les services CTV et d'autres services de soutien au niveau communautaire en créant des partenariats d'orientation

Pour orienter les gestionnaires de programme et les prestataires de services vers la mise en place de services CTV de haute qualité, y compris programmes de formation en conseils et prise en charge de questions opérationnelles, telles que recrutement de personnel, contrôle des coûts et détermination des types de tests de laboratoire, l'ONUSIDA a préparé un manuel détaillé à ce sujet (ONUSIDA, 1999).

3. Soutien des pratiques sûres d'alimentation infantile

Par suite du dilemme posé par la transmission du VIH par l'intermédiaire de l'allaitement au sein, la sécurité de l'alimentation infantile est devenue l'un des aspects les plus complexes et chargés d'émotion de la prévention de la TMAE, car cet allaitement constitue une pratique d'une importance cruciale pour assurer la survie infantile et le développement en première enfance (Preble et Piwoz, 1998). Effectivement, l'allaitement au sein procure de nombreux avantages en matière de santé, de nutrition, d'espacement des naissances ainsi que d'ordre affectif et psychosocial.

Les conseils en alimentation infantile, qu'on considère depuis longtemps comme étant d'une grande valeur pour *toutes* les mères, se montrent d'une importance croissante avec l'apparition du VIH. En Afrique, bien que la quasi-totalité des femmes allaitent leurs enfants et que la durée de cette pratique dépasse souvent 24 mois, les modalités d'allaitement sont rarement optimales. Par exemple, malgré qu'on préconise l'allaitement seul pendant les six premiers mois (OMS, 2001), seulement 31 pour cent des enfants habitant en Afrique subsaharienne bénéficient de l'allaitement *exclusif* pour une période de même 0 à 3 mois (UNICEF, 2000). De plus, l'addition d'eau et de gruaux aqueux au régime, démarche qu'on observe assez tôt et même dans le premier mois de vie, pose une menace pour les enfants (Haggerty et Rutstein, 1999).

La conception d'interventions judicieuses de lutte contre la transmission postnatale du VIH exige qu'on comprenne à fond les attitudes et les pratiques en matière d'allaitement au sein, ainsi que les perceptions qui font stigmatiser le rejet de cette pratique. A travers l'histoire, bien des cultures africaines ont stigmatisé les femmes ayant rejeté l'allaitement comme étant de « mauvaises mères ». L'apparition du VIH en Afrique n'a fait qu'augmenter cette stigmatisation, comme l'indiquent des études entreprises récemment au Botswana (Rantona et al., 2000) ; en Côte d'Ivoire (Desclaux et al., 2000) ; en Zambie (Luo et al., 2000 ; Piwoz et al., 1999) ; et au Zimbabwe (Gottlieb et al., 2000). Il se peut, même, que cette stigmatisation aille en s'accusant davantage au fur et à mesure qu'on déploie des efforts pour tester et de conseiller les femmes en matière de VIH et d'alimentation infantile.

On peut prendre certaines mesures afin d'atténuer la stigmatisation des changements introduits dans les pratiques d'alimentation infantile parmi les femmes séropositives, à savoir : a) éduquer le partenaire mâle, la famille étendue et la communauté (puisque c'est rarement la mère seule qui prend les décisions dans ce domaine) ; b) éduquer des agents de santé pour qu'ils comprennent mieux les points de vue des femmes et de leur famille ; et c) obtenir et mettre en application les résultats de la recherche formatrice sur le VIH et les pratiques et attitudes d'alimentation infantile.

Dans les circonstances où l'alimentation de remplacement³ s'avère acceptable, faisable, abordable, praticable à long terme et sûre, il est recommandé que les femmes séropositives s'abstiennent complètement d'allaiter dès la naissance (OMS, 2000b). Malheureusement, la

³ Le terme « alimentation de remplacement » signifie l'alimentation d'un enfant qui ne se fait pas allaiter depuis la naissance à l'âge d'environ deux ans en lui donnant à manger un régime qui fournit tous les nutriments dont il a besoin.

plupart des femmes en Afrique ignorent si elles sont séropositives ou séronégatives ; on a solidement documenté les risques de taux de morbidité et de mortalité sensiblement accrus découlant des pratiques alimentaires dangereuses (Latham et Preble, 2000 ; Victora et al., 1987 ; Equipe d'étude mixte OMS, 1999). En outre, les conditions nécessaires à une alimentation de substitution sans danger (eau propre, ustensils stérilisés, ainsi qu'un approvisionnement régulier de lait maternisé commercial ou préparé à la maison et satisfaisant à tous les besoins nutritifs de l'enfant) n'existent que rarement dans la majorité des communautés africaines dépourvues (Humphrey et Iliff, 2001).

Etant donné ces conditions, la politique des organismes des Nations Unies sur l'alimentation infantile et le VIH privilégie le droit de choisir en connaissance de cause. Selon cette politique, les programmes concernés doivent fournir aux femmes séropositives des renseignements et le soutien nécessaires pour les autoriser à prendre des décisions en pleine connaissance de cause quant au mode d'alimentation de leurs nourrissons (ONUSIDA, OMS et UNICEF, 1997). Toutes les mères optant pour l'allaitement au sein, y compris les mères séropositives, doivent être encouragées et appuyées dans leur décision d'allaiter exclusivement (OMS, 2000b). Pour les mères infectées par VIH et pour lesquelles l'alimentation de substitution n'est ni acceptable, abordable, praticable à long terme ou sûre, on recommande l'allaitement exclusivement au sein pendant les six premiers mois de vie (OMS, 2001).

En 1998, les organismes concernés des Nations Unies ont publié des principes directeurs en matière de VIH et d'alimentation infantile, énonçant dans leurs grandes lignes différentes options à l'usage des femmes séropositives (ONUSIDA/UNICEF/OMS, 1998). Parmi ces options, on pourrait citer le lait maternisé commercial ou préparé à domicile, le lait maternel exprimé et traité par la chaleur, ainsi que l'arrêt précoce de l'allaitement⁴. Ces principes directeurs indiquent clairement que toute femme doit avoir accès à des informations sur la TMAE. Si des conseils sur les pratiques optimales d'allaitement au sein doivent être mis à la disposition de toutes les femmes, des renseignements portant sur les options spécifiques d'alimentation de remplacement doivent être réservés aux femmes informées de leur état séropositif et en mesure de choisir elles-mêmes l'option convenant le mieux à elles-mêmes et à leur famille. Cibler spécifiquement ainsi les conseils en alimentation de substitution est indispensable pour assurer la confidentialité et pour minimiser l'érosion des pratiques d'allaitement optimales au sein du grand public.

Enfin, la mise en application du Code international de commercialisation des succédanés de lait maternel voit son importance grandir dans le contexte du VIH et de l'alimentation infantile. Outre le fait que le Code peut aider à réduire au minimum l'érosion de l'allaitement au sein optimal pour la majorité des enfants, qui en bénéficiant, sa mise en application offre une protection pour les enfants nourris à un produit synthétisé. On peut ainsi s'assurer que le choix d'une alimentation de substitution est fait sur la base de renseignements de source non commerciale et que chaque produit est étiqueté de façon à garantir qu'il est préparé et administré en toute sécurité. Certains pays ont promulgué leur propre code, qu'il faut respecter et appliquer dans le cadre de toute activité TMAE impliquant l'emploi de succédanés de lait maternel. Les pays qui n'ont pas mis en application le Code au niveau national doivent être encouragés à ce faire.

⁴ Cela signifie la transition rapidement effectuée de l'allaitement exclusif vers la seule alimentation de remplacement dans les six premiers mois de la vie d'un enfant.

Là où l'administration approuve effectivement la distribution de succédanés de lait maternel (gratuitement ou à des prix subventionnés) au profit des enfants de mères séropositives, l'OMS, l'UNICEF et l'ONUSIDA recommandent la mise en œuvre de cette démarche de telle façon qu'elle : soit durable, ne soit pas limitée à des stocks dont l'existence dépend de la générosité de bailleurs de fonds, ne fasse pas obstacle à l'allaitement au sein pour la plupart des enfants pouvant en profiter, n'encourage pas l'emploi des succédanés de lait maternel dans le grand public au sein des services sanitaires, assure à chaque enfant des quantités suffisantes pour pourvoir à leur besoins pour six mois (ONUSIDA/UNICEF/OMS, 1998). De plus, les programmes doivent prendre des mesures en vue de s'assurer que les mères et autres personnes s'occupant d'enfants qui utilisent ces produits possèdent les compétences et les ressources nécessaires pour les préparer et les administrer de manière sûre.

C'est à partir de programmes contre la TMAE qu'on peut tirer toute une suite de leçons sur la façon d'encourager une alimentation infantile sûre :

- On doit adapter les principes directeurs de l'ONU concernant le VIH et l'alimentation infantile en fonction des conditions locales. La recherche formatrice est conseillée afin de cerner des options d'alimentation infantile de substitution praticables dans la localité en question, ainsi que des stratégies rendant plus sûrs l'allaitement et les autres pratiques alimentaires pour les nourrissons de l'endroit.
- Alors que les conseils pré-test de CTV peuvent être menés en groupes ou individuellement, les conseils post-test pour femmes séropositives en matière d'alimentation infantile ne doivent être dispensés qu'individuellement, afin d'en assurer la confidentialité et pour aider les femmes à prendre les meilleures décisions possibles quant aux soins à donner à leurs enfants et à l'alimentation sûre de ceux-ci.
- Pour pouvoir encourager leurs clientes à faire de véritables choix en connaissance de cause, les agents de santé doivent avoir reçu une formation appropriée leur permettant de saisir et d'expliquer des renseignements complexes concernant les risques relatifs des différentes pratiques alimentaires, y compris le risque accru de transmission lié à l'allaitement au sein et le risque de mortalité augmenté associé à une alimentation de substitution.
- Dans beaucoup d'endroits, la décision de ne pas allaiter est assortie de risques personnels, parmi lesquels une stigmatisation ou des soupçons à l'égard du VIH, ce qui produit parfois des répercussions sociales, affectives, voire physiques graves. Par conséquent, les conseils individuels doivent embrasser non seulement les risques de morbidité ou de mortalité infantile, mais aussi les conséquences éventuelles pour la mère.
- On doit appuyer toute initiative visant à promouvoir l'allaitement au sein et les pratiques bien adaptées d'alimentation des jeunes enfants, et notamment là où des programmes de lutte contre la TMAE sont mis en œuvre, de telle sorte que les agents de santé trouvent facile de conseiller *toutes* les femmes, et non seulement celles qui connaissent de leur état séropositif/négatif. C'est une action indispensable qui permet de réduire au minimum la confusion au sujet du VIH et

de l'allaitement, tout en évitant de décourager l'allaitement dans le grand public. Dans cette même optique, les principes directeurs des Nations Unies prévoient qu'on doit toujours promouvoir, protéger et encourager l'allaitement au sein pour toutes les femmes qui ne savent pas quel est leur état VIH ainsi que celles non atteintes. Les initiatives des hôpitaux « amis des bébés » et programmes nationaux devraient être appuyés et élargis.

- On doit proposer à toutes les femmes optant pour l'allaitement au sein, y compris les femmes séropositives, qu'elles allaitent exclusivement pendant les six premiers mois. Les femmes séronégatives ou dont l'état VIH reste inconnu doivent pratiquer des rapports sexuels protégés pour éviter l'infection par VIH pendant l'allaitement. (Comme il a déjà été indiqué ci-dessus, on estime que le risque de transmission du VIH à travers l'allaitement double immédiatement à la suite de l'infection de la mère.)
- Dans la mesure du possible, les messages concernant l'alimentation infantile destinés aux femmes séropositives doivent être conciliés avec ceux diffusés dans le grand public. Pour ce faire, on devrait réviser les directives et recommandations existantes en matière d'alimentation infantile et les adapter à ce qui convient aux mères séropositives qui allaitent ou donnent une alimentation de substitution. Par exemple, la durée de l'allaitement exclusif devrait être la même pour toutes les mères qui allaitent, mais on peut y intégrer des directives spécifiques pour que des conseils soient donnés aux mères séropositives à propos des risques persistants de transmission du VIH résultant d'une alimentation mixte et de l'arrêt précoce de l'allaitement. De même, s'il faut harmoniser les recommandations sur les aliments et pratiques alimentaires appropriés à introduire au bout de six mois pour l'ensemble des mères, on doit tout de même prévoir des conseils supplémentaires d'alimentation pour les mères qui ont cessé d'allaiter leurs bébés. Comme indiqué ci-dessus, on doit mener des recherches formatrices permettant de définir et d'harmoniser localement des directives et des messages convenables en matière d'alimentation infantile.
- Il incombe aux programmes de contrôler la couverture médiatique de la TMAE, y compris les questions ayant trait à l'alimentation infantile, pour s'assurer que ces reportages sont exacts et qu'ils ne prêtent pas à confusion en ce qui concerne les pratiques d'alimentation infantile. Si cela reste vrai pour toutes les interventions de lutte contre la TMAE, une telle démarche s'avère encore plus indispensable vis-à-vis de l'alimentation infantile, car l'allaitement peut constituer à la fois une pratique de sauvetage et une menace éventuelle pour la mère et son enfant.
- Il est possible que certains pays se décident à acheter des stocks de lait maternisé et de le distribuer gratuitement ou à un coût subventionné à des femmes séropositives ne désirant pas allaiter. On devra veiller à ce que ce produit soit utilisé en exclusivité (c'est-à-dire que les femmes voulant faire usage de lait maternisé ne doivent pas allaiter) et de façon convenable. Les produits doivent porter une étiquette libellée en langues locales avec des indications personnalisées et vérifiées pour leur utilisation sans risques et il faut aussi assurer des stocks suffisants pour couvrir dans son ensemble la période d'utilisation prévue. Sans un contrôle attentif de la distribution de lait maternisé gratuit ou subventionné, les répercussions négatives pour la santé, la croissance et la nutrition infantiles risquent d'être très

graves. Dans cette optique, le Code international de commercialisation des succédanés de lait maternel servira de guide utile.

- On doit revoir et actualiser les politiques nationales en matière d'allaitement au sein pour être certain que le langage employé décrit bien ses rapports avec le VIH, et qu'il respecte le droit qu'a une femme de choisir une méthode d'alimentation particulière. Les agents de santé et autres personnels doivent être sensibilisés à ces nouvelles politiques par le biais de la formation.
- Le Code international de commercialisation des succédanés de lait maternel doit être incorporé dans la législation nationale, des mécanismes de mise en application étant établis.

Même s'il faut des recherches additionnelles pour trouver des moyens de réduire la transmission postnatale du VIH chez les femmes qui allaitent, il existe cependant dès à présent de nombreuses activités à réaliser en vue de renforcer la capacité des femmes et des familles africaines d'alimenter leurs enfants de manière optimale. Nous présentons en résumé ci-après quelques-unes de ces activités (voir Encadre 3).

4. *Pratiques obstétricales optimales*

Les pays accusant de taux forts de TMAE ont des chances de les voir superposés à des taux déjà élevés de mortalité maternelle et infantile. Certains pays de l'Afrique sub-Saharienne connaissent des taux de mortalité maternelle qui figurent parmi les plus élevés du monde. Le risque que court une femme de mourir pendant la grossesse ou lors de l'accouchement dépasse 1 sur 10 au Mozambique, au Mali, au Niger, en Ethiopie et au Burundi, entre autres ; et est au moins d'1 sur 20 au Nigéria, au Kenya, au Malawi, au Ghana et en Zambie (Save the Children, 2000). Les enfants dont la mère meure à la suite de complications de l'accouchement ont eux-même des chances de survie sensiblement plus faibles. Par conséquent, l'amélioration des soins obstétricaux procure des bienfaits d'une portée plus large que la seule prévention de la TMAE.

En général, on peut efficacement rendre l'accouchement plus sûr en prenant en charge et soutenant le travail de façon à ce qu'il soit « normal ». A cette fin, on peut prendre des dispositions simples, en encourageant la mère à marcher et à rester bien nourrie et hydratée, et en dressant un plan d'accouchement sûr, ainsi qu'un plan d'urgence prévoyant l'orientation vers un autre service. Il doit être fait un usage de routine de « partographe », ou graphiques qui enregistrent l'évolution du travail et des signes vitaux de la mère et du bébé. Les orientations vers spécialistes sont à effectuer sur la base de ce processus de suivi pour empêcher un travail prolongé. On doit encourager la famille à être d'un grand soutien pendant le travail, en raison des bienfaits psychosociaux ainsi procurés et parce qu'un tel soutien peut permettre d'éviter des interventions agressives, telles que la rupture des membranes par le praticien ou un accouchement par instruments (Madi et al., 1999 ; Kennell et al., 1991).

On croit que la TMAE survenue au cours de la délivrance résulte de l'exposition de l'enfant au sang et à d'autres fluides infectés de la mère. On doit ainsi bien faire attention à éviter des interventions qui posent un risque d'exposition, dont la rupture délibérée des membranes et l'épisiotomie, sans raison d'ordre obstétrical. Ces nouvelles pratiques plus sûres doivent être intégrées systématiquement à la conduite du travail de *toutes* les

ENCADRE 3 : ACTIVITES A L'APPUI DE L'ALIMENTATION INFANTILE SURE

- Revoir et actualiser les politiques nationales d'allaitement et d'alimentation infantile
- Voir où en est le Code national de la commercialisation des succédanés de lait maternel et seconder les efforts pour le mettre en application
- Soutenir et développer les initiatives des hôpitaux « amis des bébés » et s'assurer que toute formation en alimentation infantile comprendra des informations mises à jour sur la TMAE
- Mener des recherches formatrices en vue d'adapter les principes directeurs de l'ONU sur l'alimentation infantile et le VIH aux conditions locales, et préciser les choix d'alimentation de substitution localement disponibles
- Adapter les principes directeurs du PCIME et d'autres principes directeurs d'alimentation aux conditions locales, le cas échéant
- Soutenir la formation pour dispenser des conseils en matière de VIH et d'options d'alimentation infantile (en utilisant ou en adaptant l'enveloppe de formation OMS/UNICEF/ONUSIDA)
- Renforcer la formation en prise en charge de l'allaitement
- Appuyer les efforts de promotion et de soutien de l'allaitement en exclusivité jusqu'à l'âge de 6 mois auprès de toute mère qui allaite, y compris un soutien mère-à-mère pendant les premiers mois de vie
- Renforcer le soutien en matière de nutrition et de santé parmi les mères, et notamment les mères séropositives en période d'allaitement, et former aux méthodes les mères séropositives qui optent pour l'alimentation de substitution
- Chercher des moyens de sécuriser davantage l'alimentation de substitution pour les mères séropositives, y compris eau propre, hygiène alimentaire et hygiène domestique améliorée
- Revoir et mettre à jour les programmes de formation avant service des infirmiers, sages-femmes, nutritionnistes, travailleurs sociaux et tout autre personnel médical/ de santé sur les questions de TMAE et d'allaitement
- Renforcer les programmes de contrôle et de promotion de la croissance pour permettre le dépistage précoce de la croissance défailante
- Suivre les tendances d'allaitement/d'alimentation infantile dans les régions de prévalence forte du VIH
- Suivre les reportages médiatiques sur le VIH, la TMAE et les questions d'allaitement, et diffuser des informations appropriées

femmes habitant des régions de séroprévalence du VIH élevée (OMS, 1999). Toutefois, elles peuvent ne pas être conformes à la formation et aux pratiques de certains obstétriciens et sages-femmes africains. Il est possible que ces personnels préconisent le repos au lit plutôt que la marche lors du travail, la rupture des membranes par le praticien afin d'accélérer le travail et une épisiotomie de routine pour toutes les femmes primigestes.

Parmi les soins à donner au nouveau-né pendant les premières heures après la délivrance, on doit sécher complètement le bébé pour minimiser toute perte de chaleur et pour enlever tout restant de sang maternel et de fluide amniotique. Il n'est pas nécessaire de

baigner l'enfant avant de le rendre à sa mère, la formation de liens affectifs par contact peau à peau devant être encouragée, quelle que soit la décision de la mère relative à l'allaitement. Comme l'aspiration vigoureuse de la bouche et du pharynx de l'enfant juste après l'accouchement risque de provoquer le trauma des muqueuses, on doit l'éviter à moins qu'elle ne soit absolument nécessaire. Enfin, la coupe du cordon ombilical et les soins qui suivent doivent être réalisés de façon à minimiser l'exposition au sang tant pour l'enfant que pour le soignant.

Prévoir l'accès à des solutions antiseptiques et décontaminantes appropriées, à des gants, seringues et autre matériel stérile contribue, aussi à réduire non seulement le risque de transmission du VIH par suite de la délivrance, mais aussi celui de l'exposition professionnelle (c'est-à-dire, cas de prestataires de soins qui contractent le VIH par le contact avec le sang de clientes séropositives).

Si l'accouchement par césarienne aide à prévenir la TMAE dans les pays industrialisés, le coût et le manque de locaux chirurgicaux écartent effectivement cette méthode d'accouchement pour la plupart des femmes habitant les régions d'Afrique démunies de ressources. De plus, la césarienne pose le risque de complications liées à la chirurgie abdominale, dont l'infection, l'hémorragie, l'endommagement d'organes, ainsi que celles occasionnées par l'anesthésie.

S'agissant d'autres nouvelles interventions, on a étudié la désinfection de la filière pelvienne lors du travail et de l'accouchement comme moyen de réduire la TMAE ; mais les résultats obtenus jusqu'à ce jour n'ont pas été prometteurs (chez des mères présentant des membranes rompues pendant moins de quatre heures) (Biggar et al., 1996). Tout de même, c'est une intervention susceptible d'atténuer l'état septique néonatal et puerpéral, quelque soit l'état VIH (Taha et al., 1997). Le besoin de poursuivre la recherche sur cette pratique et d'autres encore se fait sentir.

On doit revoir les programmes de formation en cours d'emploi et pré-service actuellement en usage pour vérifier leur opportunité face au VIH et à la TMAE, et pour les modifier, le cas échéant. La formation en compétences de secourisme pour sages-femmes fournit une occasion idéale pour actualiser les pratiques s'avérant néfastes pour toutes les mères et tendant à les mettre à plus haut risque de TMAE. On doit revoir et modifier les politiques dictant des procédés d'accouchement de routine mais non essentiels, qui sont susceptibles de prolonger le contact du bébé avec le sang maternel.

Des programmes de maternité sans risque et de santé reproductive sont conseillés pour mettre en œuvre les mesures tendant à réduire le risque de TMAE lors de l'accouchement. Parmi les dispositions pour améliorer les pratiques obstétricales, on peut citer les suivantes :

ENCADRE 4 : ACTIVITES A L'APPUI DES PRATIQUES OBSTETRIQUES OPTIMALES

- Former les agents de santé en techniques d'accouchement sûres et en compétences de secourisme au profit de mères et enfants
- Fournir des kits d'accouchement sans risque et des médicaments obstétricaux de base
- Mettre en place une infrastructure d'accouchement sûr comprenant les éléments suivants : approvisionnement en eau, drainage efficace, puissance électrique, lits d'accouchement recouverts d'un tissu imperméable, antiseptiques, gants, et autres matériels assurant des conditions de délivrance hygiéniques
- Créer une banque de sang contrôlée et réduire au minimum les transfusions liées à l'accouchement
- Assurer des programmes d'éducation communautaire sur l'importance des soins prénatals et des accouchements assistés par accoucheuses formées en TMAE
- Revoir et mettre à jour les programmes de formation obstétricale pré-service en vérifiant leur opportunité face au VIH et TMAE
- Revoir et mettre à jour les programmes et politiques de maternité sans risque afin d'y inclure le VIH et la TMAE
- Renforcer la capacité des systèmes et prestataires de santé de contrôler et de superviser les services et pratiques obstétricaux
- Suivre le stade d'avancement des recherches sur les pratiques obstétricales novatrices susceptibles de réduire les taux de TMAE, et mettre à jour les politiques et programmes en question, le cas échéant

5. *Prophylaxie antirétrovirale*

Il convient de marquer une distinction entre la thérapie médicamenteuse ARV à *long terme* visant au *traitement* d'adultes et d'enfants séropositifs, d'une part, et les médicaments ARV dont il est fait usage pour prévenir la TMAE, d'autre part. A l'heure actuelle, la plupart des personnes atteintes du VIH/SIDA en Afrique sont incapables de payer les médicaments ARV servant au traitement à long terme. De plus, ces derniers risquent de provoquer des effets indésirables avec le temps, et ils exigent un suivi systématique destiné à relever la toxicité et la résistance. Or, la majorité des systèmes de santé africains ne disposent pas encore de mécanismes et structures aptes à assurer l'utilisation sans danger de ces médicaments pour endiguer l'infection par VIH, malgré l'existence de plusieurs initiatives conçues dans le but d'améliorer l'accès aux médicaments et leur utilisation sûre.

Par contre, les médicaments ARV de lutte contre la TMAE sont d'une administration simple et ils coûtent moins chers, puisqu'on en prend dans de petites doses pour une courte durée seulement. Plusieurs protocoles de prophylaxie ARV simplifiés se sont avérés efficaces et sans danger dans certains pays en développement, aussi bien, parmi les femmes qui allaitent que celles qui ne le font pas (ONUSIDA/OMS, 2000). On trouvera à l'**Annexe F** une description de différents protocoles de ce genre.

Les protocoles ARV à courte durée de traitement les plus répandus stipulent les dispositions suivantes : a) administration de zidovudine (ZDV) aux femmes depuis 36 semaines de

gestation jusqu'au travail et à l'accouchement inclus, certains régimes prévoyant l'administration postnatale à la mère de ZDV supplémentaire à titre prophylactique ; b) administration de ZDV et de lamivudine (3TC) à la mère et à l'enfant en période prénatale, au cours de l'accouchement et après la naissance ; et c) administration de névirapine (NVP) lors du travail et à l'enfant dans les 72 heures suivant la naissance.

Malgré des variations de coût et de complexité, chacun de ces protocoles a fait ses preuves quant à sa sécurité et son efficacité, en réduisant la transmission tard dans la grossesse à l'accouchement et tôt en période postnatale du VIH de 40 à 50 pour cent (à un taux de TMAE de 7 à 14 pour cent au bout de quatre à six semaines)⁵. Il est à noter, pourtant, que, les médicaments ci-dessus ne préviennent pas la transmission postnatale tardive du VIH par l'allaitement ; aussi un contingent supplémentaire de 8 à 10 % des femmes pratiquant l'allaitement et recevant un traitement rapide par médicaments ARV transmettra le VIH à leurs enfants avant un âge allant de 18 à 24 mois (Wiktor et al., 2000 ; Gray, 2000 ; Owor et al., 2000).

Le choix d'un régime ARV à suivre dans une situation donnée doit prendre en compte trois facteurs : faisabilité, efficacité et coût. Plus précisément, il faut évaluer le pourcentage des femmes bénéficiant de soins prénatals ; le moment et la fréquence de leurs consultations prénatals ; la disponibilité et le degré d'acceptation de CTV prénatals ; la capacité qu'ont les services de soins prénatals de dispenser des médicaments aux femmes ; et enfin, l'acceptabilité de la prophylaxie ARV de la part des femmes séropositives et de leur famille (OMS, 2000c).

La névirapine devient de plus en plus le médicament ARV préféré de prévention de la TMAE, en raison de son coût relativement faible (soit environ \$US 4 par couple mère-enfant) et facilité d'administration (dose unique à administrer à la mère et à son nouveau-né). Il est possible que l'offre récente du fabricant de distribuer gratuitement névirapine (connue également sous le nom Viramune) dans les pays en développement pour une période limitée, permette de résoudre provisoirement le problème des coûts hors de la portée des intéressés, une fois réglées certaines questions d'ordre opérationnel. Cependant, il convient de souligner le fait que le coût des médicaments ne représente qu'une partie du coût total de l'utilisation des produits ARV, car il faut fournir de quoi soutenir d'autres éléments de programme, dont les CTV, les conseils en alimentation infantile et le suivi et l'évaluation.

⁵ Toutefois, en menant ces essais, on ne cherchait pas à savoir si les sujets allaitaient exclusivement ou s'ils donnaient à l'enfant de l'eau ou d'autres fluides en plus du lait maternel.

ENCADRE 5 : ACTIVITES A L'APPUI DE LA PROPHYLAXIE ANTIRETROVIRALE PAR TRAITEMENT RAPIDE

- Chercher des moyens de sauvegarder l'accès aux médicaments de base
- Encourager l'achat de médicaments en gros de pays au pays en éliminant la taxe d'importation
- Appuyer les efforts mondiaux pour négocier des réductions de prix de médicaments et faciliter la constitution de partenariats entre organisations en vue de l'achat en commun de médicaments à prix réduits
- Adapter les programmes de médicaments de base pour qu'ils comprennent le traitement rapide ARV pour prévenir la TMAE, et des traitement ARV à longterme pour le SIDA
- Encourager l'homologation locale avec octroi de license pour les médicaments de lutte contre la TMAE et fournir une assistance technique là où le besoin se fait sentir
- Renforcer l'infrastructure PMI pour y prévoir de tels médicaments dans le cas où ils seraient mis en disponibilité
- Examiner et élaborer les politiques d'utilisation des produits ARV pour la TMAE
- Préparer et mettre en place des directives régissant l'application de la législation et des politiques en matière de médicaments ARV
- Soutenir la gestion des stocks de médicaments ARV du point de vue approvisionnement et logistique
- Appuyer la formation et développer les autres ressources en vue de l'emploi de médicaments ARV pour traiter la TMAE
- Soutenir les efforts de mobilisation communautaire pour une plus grande acceptation de la prophylaxie ARV de lutte contre la TMAE
- Mener des recherches opérationnelles sur les sites où on utilise des médicaments ARV

6. Conseils et services de planification familiale

L'augmentation des taux de mortalité infantile due au VIH/SIDA n'a pas entraîné une diminution correspondante des besoins non satisfaits de services de planification familiale, lesquels restent considérables en Afrique, tant en ce qui concerne l'espacement des naissances que la limitation du nombre d'enfants. Bien au contraire, la propagation rapide et géographiquement étendue du VIH en Afrique et le problème de la TMAE ont mis l'accent sur le besoin encore plus *pressant* de conseils en planification familiale et de moyens de contraception volontaire, sûrs et efficaces. Malgré une demande croissante de méthodes contraceptives modernes et le désir d'avoir des familles moins nombreuses, on enregistre actuellement en Afrique sub-Saharienne un taux moyen de prévalence contraceptive (quel que soit l'état séropositif/séronégatif) de 17 pour cent seulement (UNICEF, 2000).

Quoiqu'on encourage depuis longtemps l'utilisation de préservatifs comme protection contre les MST (y compris le VIH), les condoms n'ont pas été considérés historiquement comme constituant le moyen le plus efficace pour prévenir des grossesses non désirées. En effet, on prône souvent d'autres produits contraceptifs en vue de l'espacement des

naissance ou de la limitation de la taille de la famille (approche qu'on nomme « à méthode double »).

La mise à disposition de méthodes de contraception sûres et efficaces et de conseils de santé reproductive de haute qualité peut aider les femmes à pratiquer des rapports sexuels plus solidement protégés, tout en leur permettant de déterminer leur profil de maternités futures sur la base d'une responsabilisation accrue et en pleine connaissance de cause, ce qui peut amener une réduction éventuelle du nombre de naissances accompagnées d'une infection par VIH. Les femmes qui connaissent leur état séropositif désirent peut-être fortement éviter d'accoucher de bébés à risque de VIH, car ces enfants deviendront orphelins pendant qu'ils sont tout jeunes. Les mères séropositives choisissant de ne pas allaiter ne subissent pas l'effet d'espacement provoqué par l'aménorrhée due à la lactation ; elles ont leurs propres besoins spécifiques de contraception pour espacer ou limiter les naissances futures. Par ailleurs, elles doivent comprendre que, le risque de TMAE s'accroissant avec la progression de l'infection de la mère, ce risque pourra bien augmenter lors de grossesses ultérieures (ONUSIDA, 1999).

La possibilité d'interventions efficaces pour prévenir la TMAE influe non seulement sur les choix proposés à la mère séropositive, mais aussi sur ses décisions futures en matière de procréation. Les services CTV fournissent une excellente occasion de proposer des conseils et des orientations en matière de planification familiale. Simultanément, ils permettent d'informer les femmes séropositives et les couples sur les risques de TMAE inhérentes à une grossesse tant actuelle que future.

ENCADRE 6 : ACTIVITES EN FAVEUR DE CONSEILS ET SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE

- Former les agents de planification familiale aux questions de VIH/SIDA (et de TMAE) et à la contraception relative à l'infection par VIH
- Mettre en place des liens d'orientation entre les services CTV et les conseils en planification familiale
- Promouvoir l'utilisation de méthodes de barrière pour prévenir le VIH et d'autres MST
- Diagnostiquer et traiter les MST, puisqu'elles favorisent la transmission du VIH
- Fournir des méthodes contraceptives supplémentaires, le cas échéant
- Mener des recherches formatrices sur les options et la prise de décision concernant la procréation telles qu'elles sont liées à l'infection par VIH
- Renforcer les conseils et la prestation de services de planification familiale dans les départements de soins pre- et postnataux
- Promouvoir la planification familiale volontaire en tant qu'intervention anti-TMAE efficace auprès des femmes séropositives
- Améliorer les soins obstétricaux par le biais de programmes de Maternité sans risque

C. Prévention primaire

Le renforcement et l'extension de la prévention primaire du VIH/SIDA en vue d'empêcher que les hommes et femmes en âge de procréation ne deviennent eux-mêmes infectés, doivent constituer en priorité d'une stratégie de prévention de la TMAE partout au monde. Les efforts de prévention primaire ont réussi stabiliser, voire à faire baisser, les taux d'infection par VIH dans des pays tel que le Sénégal, l'Ouganda et la Thaïlande, où ils avaient été lancés à un stade précoce de l'épidémie et où les autorités prenaient un engagement politique solide, y affectaient des fonds importants et assuraient une couverture étendue. On en sait maintenant beaucoup plus sur les leçons apprises et les pratiques optimales pour assurer de la prévention primaire qu'on en savait pendant les premières années de l'épidémie.

La prévention primaire au niveau communautaire repose historiquement sur trois composantes majeures, la TMAE étant susceptible d'être intégrée à chacune d'entre elles :

- **Promotion et fourniture de préservatifs gratuits, subventionnés et/ou commercialisés.** Les préservatifs protègent efficacement contre la transmission du VIH lorsqu'on en fait un usage correct et régulier, mais c'est un fait que les individus à risque ne comprennent ou n'acceptent pas toujours. Les préservatifs ne sont pas toujours disponibles dans les endroits présentant un haut risque, dont les maisons closes. Pour cette raison, la promotion et la fourniture s'avèrent importantes. Les programmes de promotion des préservatifs pour éviter le VIH doivent souligner leur rôle dans la prévention de la TMAE comme du VIH chez les adultes ayant des rapports sexuels.
- **Communication pour le changements comportemental (CCC).** La CCC vise à réprimer les comportements qui font courir aux gens le risque de devenir séropositif ou de transmettre le virus à leur partenaire exempt d'infection. A cet effet, elle fournit des informations exactes relatives aux risques individuels, aux modes de transmission du VIH et aux moyens efficaces de bloquer la transmission. En outre, la CCC cherche à inciter les gens à appliquer ces informations invariablement et convenablement. Les programmes CCC doivent intégrer à leurs stratégies des renseignements concernant la TMAE. Les messages conçus sur cette base doivent traiter des risques de TMAE en période de grossesse, lors de l'accouchement et pendant l'allaitement, tout en encourageant les gens à chercher auprès d'un conseiller de CTV ou prestataire de service de santé de plus amples informations relatives aux moyens de prévenir le VIH/SIDA chez les bébés et jeunes enfants.
- **Prévention, diagnostic et traitement des MST.** Les programmes de prévention et de traitement des MST jouent un rôle clé, car on sait maintenant que l'existence de MST non traitées augmente le risque de transmettre et contracter le VIH. Les hommes et femmes à risque ou ayant contracté un MST ont des rapports sexuels réguliers ; donc il convient de les cibler en leur dispensant des informations sur les risques et la prévention de la TMAE. Les services MST doivent ainsi comprendre une composante d'information sur le risque de TMAE et les modes de transmission, cependant qu'ils encouragent les gens à chercher auprès d'un conseiller de CTV ou

prestataire de service de santé à se procurer de plus amples informations relatives aux moyens de prévenir le VIH/SIDA chez les bébés et jeunes enfants.

Outre les trois composantes décrites ci-dessus, il faudrait intégrer des messages sur la TMAE à tout programme d'éducation en matière de VIH/SIDA, y compris les programmes de formation en aptitudes pratiques pour mener la vie (APMV), les programmes de vulgarisation pour adolescents et hommes, ainsi que les programmes d'éducation sur le SIDA promus par les écoles ou œuvres confessionnelles.

ENCADRE 7 : ACTIVITES EN FAVEUR DE LA PREVENTION PRIMAIRE

- Concevoir des programmes sociaux de vente de préservatifs ; fournir des condoms gratuits, subventionnés et/ou commercialisés
- Encourager l'assurance de qualité pour les condoms
- Dispenser des formations et une assistance technique en matière de pratiques de CCC optimales
- Faire usage de la CCC en vue de la prévention primaire, y compris la préparation de messages et de matériels ciblant les femmes enceintes et les couples
- Identifier et encourager des pratiques efficaces pour la négociation sexuelle
- Appuyer la préparation d'imprimés et d'émissions de radio ou de télévision et prévoir du temps d'antenne
- Dispenser des formations en prévention, diagnostic et traitement des MST
- Assurer l'approvisionnement en médicaments de traitement des MST
- Elaborer des directives pour la prise en charge des syndromes de MST
- Mobiliser un financement pour des enquêtes sur les connaissances, attitudes et pratiques communautaires en matière du VIH/SIDA
- Conduire des activités de promotion en faveur du soutien et d'une action politiques de la part des leaders communautaires
- Mettre en œuvre des initiatives éducatives et de vulgarisation ciblant les membres de la communauté, notamment celles liées à la TMAE
- Appuyer les services CTV communautaires

D. Soins et soutien en période postnatale des cas de VIH

Les soins et le soutien social des mères et enfants atteints du VIH/SIDA s'imposent pour des raisons humanitaires. Cependant, il existe aussi des liens solides entre ces soins et ce soutien, d'une part, et la prévention de la TMAE, d'autre part (voir la section II.A). Par exemple, sans la possibilité de compter, au moins dans une certaine mesure, sur la prestation de soins adéquats, les mères seront moins enclines à accepter des CTV, refus qui tendrait à leur retirer le statut nécessaire pour bénéficier d'autres interventions de prévention de la TMAE.

Les services postnatals constituent des endroits idéals permettant de réaliser deux interventions de base de lutte contre la TMAE que nous avons décrites ci-dessus : le soutien à l'alimentation infantile (voir la section II.B.3) et la planification familiale (section II.B.6).

Le soutien fourni en période postnatale pour la méthode d'alimentation infantile préférée est indispensable afin de : a) aider la mère à contourner toute difficulté éventuellement rencontrée dans son choix d'une méthode particulière ; b) s'assurer que la méthode retenue se pratique efficacement et en toute sécurité en vue de minimiser la TMAE comme conséquence de l'allaitement ; et c) assurer la réalisation des bénéfices découlant de la méthode préférée, tant pour la santé que pour la nutrition.

D'après les comptes rendus d'essais cliniques et de programmes pilotes dans plusieurs pays africains, où figuraient le don de quantités de laits maternisés, la plupart des mères continuent à choisir de pratiquer l'allaitement au sein. Ce qui rend plus crucial que jamais pour toutes les mères le soutien à l'allaitement optimal et exclusif au commencement de la période postnatale. Certaines études récentes montrent que les visites à domicile faites par des bénévoles communautaires sont aptes à prolonger sensiblement la période d'allaitement exclusif (Haider et al., 2000 ; Morrow et al., 1999), et qu'il faut favoriser les conseils donnés par les pairs et le soutien de mère à mère.

Pour la mère, les soins postnatals peuvent l'aider à maintenir son état de santé et la mettre en relation avec des services de santé, de soins sociaux et de soutien pour son bénéfice et celui de sa famille. De simples soins palliatifs sont susceptibles de soulager les symptômes caractéristiques du SIDA, à savoir douleurs ; diarrhées et constipation ; nausées, vomissements, anorexie et perte de poids ; toux et difficultés respiratoires ; malaise, faiblesse et fatigue ; fièvre ; et troubles cutanés (ONUSIDA, 2000c). Bien des décès maternels survenant au cours de la période postnatale, il est possible que de bons soins postnatals contribuent à la survie de la mère, laquelle est à son tour d'une importance cruciale pour celle de son nourrisson.

S'agissant du soutien nutritif postnatal, une première analyse de certaines données recueillies au Kenya suggère que les femmes séropositives qui allaitent courent un risque plus grand de perte de poids et de mortalité postnatale que ne le font les femmes séropositives qui n'allaitent pas (Nduati et al., 2000). Si cette conclusion doit être étudiée davantage, elle indique tout de même que les programmes de prévention de la TMAE devraient fournir une assistance en matière nutritionnelle et de santé à toutes les femmes pendant la période post-partum, et en particulier à celles qui allaitent leurs enfants.

Pour l'enfant, le diagnostic précoce du VIH chez celui-ci (en effectant des tests de laboratoire ou des algorithmes cliniques) est crucial. La section I.D, ci-dessus, couvre les interventions pouvant être offertes à titre postnatal dans les localités pauvres en ressources, afin d'atténuer la morbidité et la mortalité liées à l'infection infantile par VIH.

Pour les adultes et les enfants, la malnutrition et le VIH/SIDA sont liés inextricablement. A l'heure actuelle, on dispose de principes directeurs pratiques concernant la prise en charge nutritionnelle des personnes atteintes du VIH/SIDA en Afrique (Piwoz et Preble, 2000). Une assistance nutritionnelle de ce genre peut éventuellement rehausser la qualité de vie de ces personnes dans la mesure où elle fait partie intégrante des soins postnatals et à domicile. On en vient à préconiser de plus en plus une aide alimentaire directe au profit de familles nécessiteuses frappées par le VIH/SIDA.

ENCADRE 8 : ACTIVITES DESTINEES A SOIGNER ET SOUTENIR LES CAS DE VIH POSTNATAL

- Encourager le conseil post-partum en matière de planification familiale et de pratiques de contraception
- Fournir des médicaments de base pour le traitement de complications dues au VIH et pour d'autres problèmes de santé communs chez les mères et enfants
- Intégrer le diagnostic et soins du VIH/SIDA infantiles aux programmes de formation et d'études en matière de PCIME
- Former les agents de santé aux rudiments des soins palliatifs
- Former les agents de santé en vue d'un soutien aux femmes pour la pratique sans risque de leur méthode préférée d'alimentation des nourrissons
- Garantir et appuyer l'allaitement optimal pour les mères optant d'allaiter au sein
- Faire réaliser des tests de laboratoire pour dépister l'infection par VIH chez les nourrissons
- Fournir des vaccins pour les programmes d'immunisation, des suppléments en micronutriments, et dispenser des formations en soins nutritionnels
- Seconder les femmes dans leurs efforts pour se procurer des quantités adéquates de protéines, de calories et micronutriments afin de maintenir leur état de santé au cours de l'allaitement
- Améliorer les conseils et le soutien en matière de nutrition aptes à retarder la progression de la maladie et à minimiser les infections opportunistes chez les mères et enfants

Outre les soins d'ordre médico-sanitaire, l'aide sociale est aussi indiquée pour les mères et enfants souffrant du VIH/SIDA. Bon nombre d'enfants africains vivent dans des communautés où l'épidémie de SIDA a ébranlé les fondements économiques et le tissu social par l'effet de la maladie, de la mort et des pertes de productivité. Il y a des enfants dont certains membres de la famille vivent avec le VIH/SIDA, ce qui entraîne le stress psychologique et la privation économique, tandis que d'autres ont vu mourir leur mère et/ou leur père à la suite de cette maladie. Ils sont alors orphelins devant faire face à un monde où l'aide sociale fait souvent défaut. Même dans les localités où on a mis en place des enveloppes de services intensifs de prévention de la TMAE et où le nombre total d'enfants infectés du VIH a baissé, on trouvera toujours des enfants nés séropositifs et des orphelins ayant besoin de soins et d'aide, car aucune des interventions anti-TMAE n'est efficace à 100 pour cent.

A présent, on peut consulter un nombre de modèles de traitement, de leçons tirées de l'expérience, ainsi que de pratiques optimales, portant tous sur les soins à donner aux malades, la nutrition améliorée, l'approvisionnement en médicaments de base, les efforts pour atténuer la stigmatisation et le stress psychologique, la scolarisation continue des enfants, la protection des droits juridiques des enfants et les indemnités compensant les pertes de main-d'oeuvre adulte et de revenus (Williamson, 2000b). Mais, malgré ces

modèles, la plupart des organismes et donateurs n'ont réussi à toucher qu'une petite proportion d'enfants africains à risque subissant, directement ou indirectement, des répercussions du VIH/SIDA (Williamson, 2000a).

Comme nous l'avons signalé ci-dessus, l'utilisation la plus efficace des services de soins et d'assistance exige une liaison avec les services CTV, qui doivent en faire le but de leur orientation.

ENCADRE 9 : ACTIVITES A L'APPUI DE L'ASSISTANCE SOCIALE

- Documenter et diffuser des pratiques optimales en matière de soins et d'assistance
- Assurer des formations et des fournitures en vue des soins à domicile
- Procurer des fournitures pour les jardins communautaires et d'autres programmes agricoles
- Organiser des formations en stratégies de développement économique communautaire (par ex., services de microfinancement)
- Favoriser l'aide communautaire aux orphelins laissés par le SIDA
- Soutenir des projets de protection des droits juridiques des personnes atteintes du VIH/SIDA
- Intégrer la prévention de la TMAE à la formation professionnelle, à la vulgarisation agricole, aux services alimentaires scolaires et à d'autres programmes pertinents touchant les cercles masculins et féminins ou les élèves
- Assurer des liens entre les services de lutte contre la TMAE et les ménages frappés du VIH/SIDA qui participent à des programmes de microfinancement et à d'autres activités génératrices de revenus
- Cibler toutes les femmes en période de lactation en vue d'un supplément de consommation alimentaire

III. QUESTIONS OPERATIONNELLES

A. Analyse de situation

Il n'existe aucun schéma pré-établi à consulter pour introduire ou étendre des interventions anti-TMAE au sein des programmes existants. Ce qu'il faut plutôt, c'est que les autorités nationales compétentes analysent la situation afin d'identifier les points de départ et les actions nécessaires à mener à tous les niveaux. Suit une liste de questions d'importance cruciale nécessitant une évaluation :

Questions épidémiologiques

- Le stade d'avancement de l'épidémie de VIH/SIDA ; en d'autres termes, la mesure dans laquelle l'épidémie s'est propagée des groupes à haut risque initialement atteints vers la population générale des femmes en âge de procréer
- L'ampleur de l'épidémie (taux d'infection par âge et sexe ; nombre total et pourcentage d'infections par VIH chez les enfants ; et incidences de la TMAE sur la mortalité infantile)

Questions politiques

- Volonté et engagement de la part de l'administration envers la prévention de la TMAE
- Opportunité des politiques gouvernementales et du système médico-sanitaire ayant trait au VIH/SIDA et à la TMAE et la mesure dans laquelle ces politiques sont contrôlées et mises en application
- Niveau de financement affecté à la lutte contre la TMAE et aux interventions à l'appui
- Législation et politiques destinées à la protection des personnes séropositives contre la discrimination

Systèmes d'administration sanitaire et structures connexes

- Stade d'avancement des activités existantes de prévention du VIH et de la TMAE
- Qualité des services médico-sanitaires et la mesure dans laquelle le système de santé est prêt à engager des interventions anti-TMAE (y compris ressources/ capacités humaines, infrastructure, etc.)
- Programmes existants de formation d'agents de santé avant service et en cours d'emploi

- Mise en place, points d'intégration éventuels et demande existante ou future de conseils et de tests volontaires et confidentiels en matière de VIH
- Octroi de licences et politiques, stocks et systèmes logistiques médicamenteux (pour tous les médicaments essentiels PMI, ARV et autres à donner aux femmes et enfants séropositifs)
- Mise à disposition de médicaments ARV destinés à la prévention de la TMAE et résultats des actions pilotes au sein des programmes de lutte contre la TMAE
- Mise à disposition de kits de test de VIH et niveau de contrôle de qualité des CTV
- Politiques et législation sur l'alimentation des nourrissons telles qu'elles se rapportent à la commercialisation des succédanés de laits maternel
- Mesure dans laquelle l'Initiative des Hôpitaux « amis des bébés » est mise en oeuvre
- Disponibilité, qualité et portée des services de planification familiale
- Sources d'eau salubre, niveau d'hygiène et d'assainissement et accès à l'alimentation de remplacement

Communauté et famille

- Sensibilisation, connaissances et attitudes communautaires en matière de VIH, TMAE et CTV (perception du problème, stigmatisation associée à la maladie, attitudes envers la détermination de son état de santé, etc.)
- Implication des hommes dans les programmes de prévention du VIH et de la TMAE et dans les soins donnés aux enfants
- Existence de groupes de soutien et d'autres services au profit des personnes atteintes du VIH/SIDA

Pratiques en matière de santé

- Attitudes envers la planification familiale et taux d'acceptation de celle-ci
- Interventions obstétricales courantes effectuées par les accoucheuses traditionnelles, les sages-femmes, les obstétriciens, etc.
- Attitudes et pratiques prédominantes en matière d'alimentation des nourrissons

B. Planification au moyen du dialogue

Comme c'est le cas pour d'autres programmes de développement, il est crucial de voir la TMAE du point de vue de la communauté concernée, avant d'élaborer des programmes de

prévention de la TMAE de grande envergure. Outre la conduite d'une appréciation globale de la situation, on doit impérativement mener des recherches formatrices en vue de planifier différentes activités telles que mise en place et promotion des services CTV, formulation de stratégies pour faire accepter les médicaments ARV, conception de messages et de matériels à utiliser dans le cadre des conseils sur l'alimentation des nourrissons et décisions sur les types de formation nécessaires pour les agents de santé et les non professionnels impliqués dans les activités anti-TMAE (Nyblade et Field, 2000 ; NFNC et al., 1999). Les études de ce genre doivent cibler des groupes tels que les agents de santé, les accoucheuses traditionnelles, les femmes et leurs partenaires, les leaders communautaires et d'autres membres influents de la communauté. Il existe déjà plusieurs outils qui facilitent les recherches formatrices sur les composantes des efforts anti-TMAE, comme les CTV et l'alimentation des nourrissons (SARA et al., 1999).

La formation en TMAE d'agents de santé et de membres d'organisations communautaires constituerait en toute probabilité une composante clé des programmes de lutte contre la TMAE. Or, il manque dans la plupart des pays des informations de base sur la TMAE, ce qui crée la confusion et favorise la désinformation sur le terrain.

Lors des stades de planification et de mise en oeuvre des programmes de prévention de la TMAE, des groupes de travail TMAE exerçant sur les plans national et de district pourront être utiles afin d'assurer la coordination de différents aspects des interventions anti-TMAE, ainsi que la prise de décision technique concernant ces éléments. De plus, ces groupes seront à même de préconiser la prévention de la TMAE et de faire avancer le programme ainsi arrêté.

C. Suivi et évaluation

La prévention de la TMAE constituant un effort relativement nouveau, la recherche opérationnelle et le suivi et l'évaluation minutieux s'avéreront indispensables afin de bien prendre en compte les coûts, l'efficacité, les chances d'acceptation et d'autres aspects des différentes enveloppes d'interventions. Recherche, évaluation et suivi permettront également d'élaborer une programmation puissante fondée sur les faits servant de base aux futurs programmes et politiques de prévention de la TMAE.

Pour les programmes nationaux de Lutte contre le SIDA on recommande quatre indicateurs de programme servant à mesurer la prestation des services anti-TMAE (ONUSIDA, 2000d ; USAID, 2000). Par nécessité, ces indicateurs mesurent la prestation des services, et non pas leur impact, vu le coût élevé et les complexités d'ordre méthodologique engendrés par la surveillance de VIH en vue d'une appréciation de l'évolution des taux effectifs de transmission verticale. Par ailleurs, on doit immédiatement mettre au point et appliquer des indicateurs complémentaires pour suivre *toutes* les interventions anti-TMAE de base décrites dans cet exposé, dont la prestation des services prénatals, les pratiques obstétricales, les conseils de planification familiale comme composante des CTV et enfin, les options et usages en matière de l'alimentation des nourrissons.

Ces indicateurs sont les suivants :

- *Pourcentage des femmes enceintes ayant bénéficié de conseils dans le cadre des soins prénatals concernant leur grossesse la plus récente, ayant consenti aux CTV et reçu les résultats des tests.* Cette mesure générale de la prestation des services reconnaît l'importance d'une prise de connaissance de son état VIH, pour avoir l'accès à des interventions de prévention de la TMAE. La collecte des données pertinentes se fait au moyen d'enquêtes dans l'ensemble de la population.
- *Pourcentage des centres de soins prénatals publics qui proposent des services CTV (dispensés par des personnels formés) ou qui orientent leurs clientes vers des services CTV.* Cet indicateur fait état de la mesure dans laquelle le programme national peut relever le niveau d'interventions qui, à l'origine, ne sont proposées que dans le cadre d'un projet pilote. C'est à partir d'enquêtes parmi les formations sanitaires qu'on peut mesurer cet indicateur.
- *Pourcentage de séances de conseil après-test (pour femmes fréquentant des centres de soins prénatals) offrant des conseils et CTV satisfaisant aux normes internationales pour conseils sociopsychologiques de qualité.* Cet indicateur est basé sur l'observation de séances de conseil après-test ; il est mesuré à partir d'enquêtes menées à des formations sanitaires.
- *Pourcentage de femmes révélées comme séropositives par les tests effectués à des centres sélectionnés de soins prénatals au cours de l'année écoulée qui reçoivent un ensemble complet de thérapie ARV visant à prévenir la TMAE, conformément aux normes nationales/internationales.* On mesure cet indicateur en examinant les dossiers des clientes et des comptes rendus des résultats des tests de VIH. Ce pourcentage sera probablement extrêmement faible dans bien des pays, car les services CTV sont actuellement peu nombreux et que l'emploi de la prophylaxie ARV reste limité.

Il est également crucial, non seulement d'étendre la couverture et la gamme des services proposés, mais aussi de rehausser la *qualité* des prestations. Cela s'applique à tous les aspects des soins anti-TMAE, y compris la formation des personnels, la supervision, la motivation des personnels, etc. En mettant l'accent sur l'assurance et l'amélioration de la qualité on facilite non seulement l'intégration efficace des composantes de prévention de la TMAE, mais on améliore aussi l'état de santé des mères et enfants en général.

D. Questions de politique

Aussi bien les caractéristiques particulières et la gravité de la pandémie de VIH/SIDA que l'éventail d'interventions novatrices scientifiques et comportementales ont lancé un défi aux organisations et aux gouvernements, pour que ceux-ci révisent toute une gamme de politiques en vigueur et qu'ils élaborent des politiques nouvelles devant régir des domaines restés imprévus jusqu'ici. Le dialogue sur les politiques de TMAE ne peut plus être engagé que dans les cercles des scientifiques et des administrations nationales. Il faut y faire figurer l'éducation et la participation communautaires, en y incluant les personnes atteintes du VIH/SIDA.

Les programmes de prévention primaire et, plus récemment, les programmes de lutte contre la TMAE, sont appelés à faire face aux décisions de politique concernant la nature explicite et la

portée des messages de prévention du SIDA à caractère très personnel et sexuel, et surtout lorsqu'il s'agit des jeunes. Comme indiqué précédemment, les programmes CTV exigent des politiques spécifiques pour protéger la confidentialité des clients. Le dilemme posé par la transmission du VIH suite à l'allaitement a obligé les pays concernés à revoir leurs directives nationales et locales en matière d'alimentation des nourrissons, et à évaluer les politiques existantes dans les domaines de l'approvisionnement, la commercialisation et l'utilisation de laits maternisés.

En ce qui concerne l'alimentation des nourrissons, peu de pays africains ont intégré le Code international de commercialisation des succédanés de lait maternel et d'autres résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé à leur législation nationale. De plus, ce Code est souvent mal appliqué, et on l'interprète de façon erronée en estimant qu'il s'oppose à *tous* les laits de remplacement.

Quant aux médicaments ARV, avec l'introduction par les services PMI de la prophylaxie ARV à court terme on doit élaborer de nouvelles politiques qui assurent l'utilisation sans danger et efficace de ces médicaments et qui empêchent la distribution abusive de ceux-ci. Par ailleurs, on a besoin de nouvelles politiques dans les domaines de la formation et l'encadrement des agents de santé.

IV. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

L'épidémie de VIH/SIDA, et notamment la transmission mère-à-enfant du VIH, produit un impact catastrophique sur la morbidité et la mortalité infantiles en Afrique, en sapant ainsi les réussites en matière de santé et de survie infantiles réalisées au cours de la dernière décennie. Pourtant, nous en savons maintenant beaucoup plus sur l'histoire naturelle de la TMAE, et on dispose aujourd'hui de plusieurs interventions de prévention de la TMAE bon marché et efficaces.

Il faudrait que les organisations gouvernementales, non gouvernementales et internationales lancent d'urgence un effort de soutien aux programmes de prévention de la TMAE, afin de retarder l'augmentation alarmante des cas de SIDA infantile en Afrique. Il est préconisé les actions suivantes pour relever ce défi. Les gouvernements africains, ainsi que les parties et partenaires intéressés, doivent :

- Examiner les programmes existants pour identifier les points où l'on peut intégrer à ceux-ci la programmation d'actions efficaces de prévention du VIH/SIDA et de la TMAE
- Entamer des discussions avec les parties et partenaires intéressés en vue d'élaborer des stratégies nationales de prévention de la TMAE
- Renforcer le soutien à la prévention primaire du VIH/SIDA au moyen de la promotion et de la fourniture de préservatifs, la communication pour le changement comportemental et la prévention et le traitement des MST
- Chercher des occasions d'appuyer les interventions anti-TMAE, y compris les CTV et la communication pour le changement de comportement, les pratiques prénatales et obstétricales améliorées, les conseils et l'assistance en matière d'alimentation des nourrissons et le recours au traitement ARV rapide
- Favoriser des recherches opérationnelles sur la prévention de la TMAE
- Venir en aide à l'amélioration de l'infrastructure PMI, condition préalable si l'on veut offrir certaines des interventions anti-TMAE de base mentionnées ci-dessus
- Soutenir les activités d'aide aux familles et communautés touchées par le VIH/SIDA
- Revoir systématiquement les enveloppes de prévention de la TMAE par rapport à leur pertinence et opportunité, à la lumière de l'évolution rapide des connaissances et développements nouveaux en matière de comportement, de biologie et de pharmacie.

A l'heure actuelle, il incombe aux gouvernements et aux bailleurs de fonds de reconnaître que la prévention de la TMAE exige plus qu'un approvisionnement en médicaments et produits de base. Il faudra renforcer les systèmes et préparer les communautés à l'implantation de ces programmes. Par conséquent, les personnes concernées doivent s'engager à proposer la gamme des interventions anti-TMAE de base détaillées tout au long de cet exposé, afin de réduire sensiblement l'incidence actuelle du VIH/SIDA maternel et infantile en Afrique subsaharienne.

REFERENCES

- Anderson V.A. 1997. The placental barrier to maternal HIV infection. *Obstet Gynecol Clin North Am* 24(2) : 797-820.
- Biggar R.J., Miotti P.G., Taha T.E. et al. 1996. Perinatal intervention trial in Africa : Effect of birth canal cleansing intervention to prevent HIV transmission. *Lancet* 347 : 1647-50.
- Bureau of the Census. 1999. *HIV/AIDS in the developing world*. Rapport No. WP/98-2. Washington, DC : US Government Printing Office.
- Coutsoudis A., Pillay K., Spooner E. et al. 1999. Influence of infant-feeding patterns on early mother-to-child transmission of HIV-1 in Durban, South Africa : A prospective cohort study. *Lancet* 354 : 471-76.
- Coutsoudis A., Pillay K., Kuhn L. et al. 2001. Method of feeding and transmission of HIV-1 from mothers to children by 15 months of age : Prospective cohort study from Durban, South Africa. *AIDS* 15 : 379-87.
- Dabis F., Newell M.L., Fransen L. et al. 2000a. Prevention of mother-to-child transmission of HIV in developing countries : Recommendations for practice. *Health Policy Plan* 15 : 34-42.
- Dabis F., Leroy V., Castetbon K. et al. 2000b. Preventing mother-to-child transmission of HIV-1 in Africa in the year 2000. *AIDS* 14 : 1017-26.
- deCock K., Fowler M.G., Mercier E. et al. 2000. Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries. *JAMA* 283 : 1175-82.
- Desclaux A., Taverne B., Alfieri C. et al. 2000. *Socio-cultural obstacles in the prevention of HIV transmission through breastmilk in West Africa*. Abrégé No. MoOrD205. Communication présentée au XIII^{ème} Congrès international sur le VIH, Durban, Afrique du Sud, Juillet.
- Dray-Spira R., Lepage P. et Dabis F. 2000. Prevention of infectious complications of paediatric HIV infection in Africa. *AIDS* 14 : 1091-99.
- Dunn D.T., Newell M.L., Ades A.E. et al. 1992. Risk of human immunodeficiency virus type 1 transmission through breastfeeding. *Lancet* 340 : 585-88.
- Fawzi W.W., Msamanga S.I., Spiegelman D. et al. 2000. Randomized trial of effects of vitamin supplements on pregnancy outcomes and T cell counts in HIV-1 infected women in Tanzania. *Lancet* 351 : 1477-82.
- Gaillard D., Meilis R., Mwanyumba F. et al. 2000. *Consequences of announcing HIV seropositivity to women in an African setting : Lessons for the implementation of HIV testing and interventions to reduce mother-to-child HIV transmission*. Abrégé No. TuPpB1157. Communication présentée au XIII^{ème} Congrès international sur le VIH, Durban, Afrique du Sud, Juillet.

Gottlieb D., Shetty A.K., Bassett M.T. et al. 2000. *Infant feeding : Knowledge, attitudes and practices among women in Zimbabwe*. Abrégé No. MoPeD2785. Communication présentée au XIII^{ème} Congrès international sur le VIH, Durban, Afrique du Sud, Juillet.

Gray G. 2000. *The PETRA study : Early and late efficacy of three short ZDV/3TC combination regimes to prevent mother-to-child transmission of HIV-1*. Abrégé No. LbOr5. Communication présentée au XIII^{ème} Congrès international sur le VIH, Durban, Afrique du Sud, Juillet.

Haggerty P.A. et Rustein S. 1999. *Breastfeeding, complementary feeding and the postpartum effects of breastfeeding*. DHS Comparative Studies No. 30, Calverton, Etat de Maryland : Macro International.

Haider R., Ashworth A., Kabir I. et Huttly S.R. 2000. Effect of community-based peer counsellors on exclusive breastfeeding practices in Dhaka, Bangladesh : A randomized controlled trial. *Lancet* 356 : 1643-47.

Humphrey J. et Iliff P. 2001. Is breast not best? Feeding babies born to HIV-positive mothers : Bringing balance to a complex issue. *Nutr Rev* 59(4) : 119-27.

Kenell J., Klaus M., McGrath S. et al. 1991. Continuous emotional support during labor in a US hospital. *JAMA* 265(17) : 2197-201.

Latham M. et Preble E. 2000. Appropriate feeding methods for infants of HIV infected mothers in sub-Saharan Africa. *BMJ* 320 : 1656-60.

Lepage P., Spira R., Kalibala S. et al. 1998. Care of human immunodeficiency virus-infected children in developing countries. *Pediatr Infect Dis J* 17 : 581-86.

Liljestrand J. 1999. Reducing perinatal and maternal mortality in the world : The major challenges. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 106 : 877-80.

Luo C., Ndubani P., Bond G. et al. 1999. *Women and community perspectives on mother to child transmission of HIV prevention in Monze, Zambia*. Abrégé No. M.OrD202. Communication présentée au XIII^{ème} Congrès international sur le VIH, Durban, Afrique du Sud, Juillet.

Madi B.C., Sandall J., Bennett R. et al. 1999. Effects of female relative support in labor : A randomized controlled trial. *Birth* 26(1) : 4-8.

Maman S., Mbwambo J., Hogan M. et al. 2001. *HIV and partner violence : Implications for HIV voluntary counseling and testing programs in Dar es Salaam, Tanzania*. Washington, DC : Population Council.

Mofenson L.M. et McIntyre J.A. 2000. Advances and research directions in the prevention of mother-to-child HIV-1 transmission. *Lancet* 355 : 2237-44.

Morrow A.L., Guerrero M.L., Shults J. et al. 2000. Efficacy of home-based peer counseling to promote exclusive breastfeeding : A randomized controlled trial. *Lancet* 353 : 1226-31.

Nduati R., Richardson B., John G. et al. 2000. *Impact of breastfeeding on maternal mortality among HIV-1 infected women : Results of a randomized clinical trial*. Abrégé WeOrC495.

Communication présentée au XIII^{ème} Congrès international sur le VIH, Durban, Afrique du Sud, Juillet.

NFNC, Equipe de surveillance sanitaire du district de Ndola, LINKAGES et SARA. 1999. *HIV and infant feeding : A summary of the findings and recommendations from the formative research carried out in Lubuto, Main Masala, Twapia, and Kabushi Health Center areas*. Lusaka, Zambie. Avril.

Nyblade L. et Field M.L. 2000. *Women, communities, and the prevention of mother-to-child transmission of HIV : Issues and findings from community research in Botswana and Zambia*. Avant-projet de travail. Washington, DC : International Center for Research on Women.

OMS : Equipe d'étude de collaboration. 1999. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries : A pooled analysis. *Lancet* 355 : 451-55.

OMS. 1999. *HIV in pregnancy : A review*. OMS/CHS/RHR/99.15 ; UNAIDS/99.35.

OMS. 2000a. *Adaptation of the IMCI guidelines to take into account a high prevalence of HIV infection among children*. Projet de compte rendu d'une réunion consultative, Durban, Afrique du Sud. Août 16-18.

OMS. 2000b. *New data on the prevention of mother to child transmission (MTCT) of HIV and their policy implications*. Consultation technique OMS au nom de l'Equipe de travail inter-agence sur la TMAE (FNUAP/UNICEF/OMS/ONUSIDA), Genève. Octobre 11-13.

OMS. 2000c. *Use of nevirapine to reduce mother-to-child transmission of HIV (MTCT)*. WHO Review of Reported Drug Resistance, Genève, mars 24.

OMS. 2001. Expert Consultation on the Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding. Conclusions and Recommendations. Genève, du 28 au 30 mars 2001.

ONUSIDA, OMS et UNICEF. 1997. *HIV and infant feeding. A policy statement developed collaboratively by UNAIDS, WHO and UNICEF*. Genève.

ONUSIDA/UNICEF/OMS. 1998. Annexe 4 : Making breastmilk substitutes available to infants of mothers living with HIV, in *HIV and infant feeding: A guide for health care managers and supervisors*. OMS/FRH/NUT/CHD/98.2 ; UNAIDS/98.4 ; UNICEF/PD/NUT/(J)98.2.

ONUSIDA/OMS. 2000. *Preventing mother-to-child HIV transmission—Technical experts recommend use of antiretroviral regimens beyond pilot projects*. Communiqué de presse conjoint.

ONUSIDA. 1999. *Counselling and voluntary HIV testing for pregnant women in high HIV prevalence countries : Guidance for service providers*. Genève. Mai.

ONUSIDA. 2000a. *AIDS epidemic update : December 2000*. Genève. UNAIDS/00.44E et OMS/CDS/CSR/EDC/2000.9.

ONUSIDA. 2000b. *Report on the global HIV/AIDS epidemic*. Genève. Juin.

ONUSIDA. 2000c. AIDS : Palliative care. Mise à jour technique UNAIDS. Genève. Octobre.

ONUSIDA. 2000d. *National AIDS programmes. A guide to monitoring and evaluation*. UNAIDS/00.17E. Juin.

Owor M., Deseyve M., Duefield C. et al. 2000. *The one year safety and efficacy of the HIVNET 012 trial*. Abrégé No. LbOr1. Communication présentée au XIII^{ème} Congrès international sur le VIH, Durban, Afrique du Sud, Juillet.

Piwoz E.G., Chintu M., Ntombela N. et al. 1999. *Infant feeding options for HIV+ women : Findings and recommendations from a formative research study in Ndola, Zambia*. Abrégé No. 484. Communication présentée au Deuxième Congrès de stratégies mondiales de prévention de la transmission mères-à-bébés du VIH, Montréal, Canada, septembre 1 – 6.

Piwoz E. et Preble E. 2000. *HIV/AIDS and nutrition: A review of the literature and recommendations for nutritional care and support in Africa*. Washington, DC : Académie pour le développement de l'éducation.

Preble E.A., et Piwoz E.G. *HIV and infant feeding : A chronology of research and policy advances and their implications for programs*. Washington, DC : Académie pour le développement de l'éducation.

Rantona K., Tlou S., Kidd R. et al. 2000. *Programs to prevent mother to child transmission of HIV : A Botswana study of women's perspectives*. Abrégé No. MoOrD207. Communication présentée au XIII^{ème} Congrès international sur le VIH, Durban, Afrique du Sud, Juillet.

SARA, LINKAGES et NFNC. 1999. *Ndola Demonstration Project HIV and infant feeding formative research : Question guides, field tools, and reports*. Washington, DC : Académie pour le développement de l'éducation.

Save the Children. 2000. *State of the World's Mothers 2000*. Westport, Etat de Connecticut.

Semba R.D. 1997. Overview of the potential role of vitamin A in mother-to-child transmission of HIV-1. *Acta Paediatr Suppl* 421 : 107-12.

Smith M. et Kuhn L. 2000. Exclusive breastfeeding : Does it have the potential to reduce breastfeeding transmission of HIV-1. *Nutr Rev* 58(11) : 333-40.

Sweat M., Gregorich S., Sangiwa G. et al. 2000. Cost-effectiveness of voluntary HIV-1 counselling and testing in reducing sexual transmission of HIV-1 in Kenya and Tanzania. *Lancet* 356 : 113-21.

Taha T.E., Biggar R.J., Broadhead R.L. et al. 1997. The effect of cleansing the birth canal with antiseptic solution on maternal, and newborn morbidity and mortality in Malawi : Clinical trial. *BMJ* 315 : 216-19.

UNICEF. 2000. *The State of the World's Children*. New York : Fonds des Nations Unies pour l'enfance.

USAID. 2000. *Handbook of Indicators for HIV/AIDS/STI programs*. Washington, DC : TvT Associates ; Bureau USAID des programmes mondiaux, soutien sur le terrain et recherche ;

Centre USAID pour la population, santé et nutrition, Bureau de la Santé et la Nutrition ; USAID, Bureau de l'Afrique, Division du Développement durable.

Victora C.G., Vaughan J.P., Lombardi C. et al. 1987. Evidence for protection by breastfeeding against deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet* ii : 319-22.

The Voluntary HIV-1 Counseling and Testing Efficacy Study Group [« Groupe d'étude de l'efficacité des conseils et tests volontaires en matière du VIH-1 »]. 2000. Efficacy of voluntary HIV-1 counselling and testing in individuals and couples in Kenya, Tanzania, and Trinidad : A randomized trial. *Lancet* 356 : 103-12.

Wiktor S.Z., Leroy V. et Ekpini E.R. 2000. *24-month efficacy of short-course maternal zidovudine for the prevention of mother-to-child HIV-1 transmission in a breast feeding population : A pooled analysis of two randomized clinical trials in West Africa*. Abrégé No. TuOrB354. Communication présentée au XIII^{ème} Congrès international sur le VIH, Durban, Afrique du Sud, Juillet.

Williamson J. 2000a. Finding a way forward : Principles and strategies to reduce the impacts of AIDS on children and families. Dans Levine, C. et Foster, G., réd. *The orphan generation—the global legacy of the AIDS epidemic* (à paraître). Cambridge University Press.

Williamson J. 2000b. *Selected resource material concerning children and families affected by HIV/AIDS*. Mars 17. Communication inédite.

ANNEXE A : VIH/SIDA CHEZ LES FEMMES EN AFRIQUE SUB-SAHARIENNE

PAYS	ESTIMATION DES FEMMES AGEES DE 15-49 ANS ATTEINTES DU VIH/SIDA (FIN 1999)	TAUX DE PREVALENCE DU VIH			
		Femmes de 15-24 ans		Femmes dans centres CPN dans agglomérations urbaines*	Femmes dans centres CPN hors agglomér. urbaines*
		Est. basse	Est. haute		
Afrique du Sud	2 300 000	22,51	27,13	19,2	21,3
Angola	82 000	2,58	2,86	1,2	8,5
Bénin	37 000	1,58	2,91	3,7	1,5
Botswana	150 000	32,55	36,07	43,0	30,0
Burkina Faso	180 000	4,07	7,51	7,4	4,3
Burundi	190 000	9,86	13,34	18,6	19,7
Cameroun	290 000	6,61	8,94	5,5	9,2
Comores	ND	ND	ND	0	ND
Congo	45 000	5,49	7,43	5,2	4,0
Côte d'Ivoire	400 000	6,68	12,33	10,6	10,0
Djibouti	19 000	11,70	16,13	2,9	ND
Erythrée	ND	ND	ND	ND	3,0
Ethiopie	1 600 000	9,98	13,75	17,6	9,2
Gabon	12 000	4,01	5,42	4,0	1,2
Gambie	6 600	1,52	2,82	1,0	2,4
Ghana	180 000	2,40	4,44	3,4	3,4
Guinée	29 000	1,01	1,86	1,5	1,4
Guinée-Bissau	7 300	1,74	3,22	2,7	ND
Guinée Eq.	560	0,46	0,63	0,7	0,3
Ile Maurice	ND	0,04	0,05	0	ND
Kenya	1 100 000	11,07	14,98	15,2	12,7
Lesotho	130 000	23,94	28,85	31,3	27,1
Libéria	21 000	1,51	2,78	4,0	10,1
Madagascar	5 800	0,12	0,14	0	0
Malawi	420 000	14,48	16,04	26,0	18,2
Mali	53 000	1,74	2,40	2,7	2,9
Mauritanie	3 500	0,50	0,69	0,5	0
Mozambique	630 000	13,36	16,11	11,2	17,0
Namibie	85 000	18,78	20,82	25,9	15,0
Niger	34 000	1,26	1,73	1,3	4,7
Nigéria	1 400 000	4,35	5,89	4,5	4,9
Ouganda	420 000	6,65	8,99	13,8	7,7
RCA	130 000	11,96	16,18	12,8	12,2
Rép. Dém. Congo	600 000	4,31	5,84	4,1	8,5
Rép. Unie Tanzanie	670 000	6,85	9,27	13,7	18,6
Réunion	ND	ND	ND	ND	ND
Rwanda	210 000	9,04	12,23	19,0	7,5
Sénégal	40 000	1,12	2,07	0,5	0,5
Sierra Leone	36 000	2,05	3,79	2,0	ND
Somalie	ND	ND	ND	0	2,0
Swaziland	67 000	25,88	31,19	30,3	31,5
Tchad	49 000	2,55	3,51	6,2	4,7
Togo	66 000	3,89	7,18	6,8	4,6
Zambie	450 000	16,86	18,68	27,0	13,9
Zimbabwe	800 000	23,25	25,76	29,7	30,0
TOTAUX	12 900 000	—	—	—	—

* = moyenne

Source : Tableau adaptée de ONUSIDA, *Report on global HIV/AIDS epidemic*. Genève. Juin 2000.

ANNEXE B : VIH/SIDA CHEZ LES ENFANTS EN AFRIQUE SUB-SAHARIENNE

PAYS	ESTIMATION DES ENFANTS (0-14 ANS) ATTEINTS DU VIH/SIDA (FIN 1999)	ESTIMATION DU NOMBRE DE DECES CHEZ LES ENFANTS (0-14 ANS) (1999)	
		Est. basse	Est. haute
Afrique du Sud	95 000	36 000	74 000
Angola	7 900	2 400	4 400
Bénin	3 000	1 000	1 600
Botswana	10 000	3 700	5 100
Burkina Faso	20 000	6 000	12 000
Burundi	19 000	3 000	18 000
Cameroun	22 000	7 000	16 000
Comores	...	...	...
Congo	4 000	870	2 600
Côte d'Ivoire	32 000	10 000	15 000
Djibouti	1 500	430	920
Erythrée	...	...	...
Ethiopie	150 000	35 000	91 000
Gabon	780	220	460
Gambie	520	140	300
Ghana	14 000	2 600	7 700
Guinée	2 700	830	1 500
Guinée-Bissau	560	150	330
Guinée Eq.	<100	<100	<100
Ile Maurice	...	...	...
Kenya	78 000	27 000	41 000
Lesotho	8 200	2 300	4 900
Libéria	2 000	540	1 200
Madagascar	450	150	240
Malawi	40 000	12 000	22 000
Mali	5 000	1 400	3 000
Mauritanie	260	<100	160
Mozambique	52 000	11 000	32 000
Namibie	6 600	2 300	3 500
Niger	3 300	920	2 000
Nigéria	120 000	41 000	64 000
Ouganda	53 000	18 000	32 000
RCA	8 900	3 000	5 500
Rép. Dém. Congo	53 000	10 000	25 000
Rép. Unie Tanzanie	59 000	20 000	30 000
Réunion	...	...	...
Rwanda	22 000	3 900	18 000
Sénégal	3 300	1 100	1 700
Sierra Leone	3 300	910	2 000
Somalie	...	...	...
Swaziland	3 800	1 300	2 000
Tchad	4 000	1 100	2 300
Togo	6 300	2 100	3 300
Zambie	40 000	14 000	24 000
Zimbabwe	56 000	19 000	38 000
TOTAUX	1 000 000	300 000	610 000

Source : Tableau adaptée de ONUSIDA, *Report on global HIV/AIDS epidemic*. Genève. Juin 2000.

ANNEXE C : TAUX DE MORTALITE INFANTILE AVEC ET SANS VIH DANS LES PAYS D'AFRIQUE SUB-SAHARIENNE : 1998 ET 2010

PAYS	1998				2010			
	TMB		TME		TMB		TME	
	AVEC VIH	SANS VIH	AVEC VIH	SANS VIH	AVEC VIH	SANS VIH	AVEC VIH	SANS VIH
Afrique du Sud	52,0	43,3	95,5	69,7	50,7	32,3	99,5	48,5
Botswana	59,3	36,4	121,1	57,4	55,2	26,3	119,5	38,3
Burkina Faso	109,2	101,1	179,1	156,5	86,6	73,7	144,7	108,7
Burundi	101,2	92,1	157,1	131,0	79,6	66,3	128,6	90,9
Cameroun	76,9	70,7	128,1	109,6	63,8	52,9	108,3	78,0
Congo (Brazzaville)	102,7	94,0	166,3	142,5	77,5	67,3	125,9	97,1
Congo (Kinshasa)	101,6	97,1	152,7	139,3	77,0	70,4	116,2	97,3
Côte d'Ivoire	95,9	86,7	149,2	122,7	74,8	61,8	120,9	84,2
Ethiopie	125,7	115,4	197,6	169,2	112,4	95,4	183,4	136,7
Kenya	59,4	44,7	107,0	64,9	53,9	32,9	105,2	45,4
Lesotho	78,3	71,2	120,2	98,3	71,1	52,8	121,9	70,7
Malawi	133,8	117,9	231,6	190,3	113,1	88,4	202,6	136,0
Namibie	66,8	44,0	125,5	62,1	57,2	28,3	118,8	37,5
Nigéria	70,7	65,9	139,0	124,4	57,4	41,4	112,7	68,2
Ouganda	92,9	81,3	164,5	132,9	68,8	58,5	120,6	92,2
RCA	105,7	97,7	162,6	140,2	79,8	71,6	122,7	99,1
Rép. Unie Tanzanie	96,9	89,2	160,1	137,8	77,8	65,2	131,3	95,8
Rwanda	113,3	101,3	181,9	148,5	97,1	74,7	166,4	105,5
Swaziland	103,4	83,8	168,1	114,4	85,3	58,6	152,2	77,5
Zambie	92,6	72,0	181,2	125,7	81,7	58,4	160,7	96,9
Zimbabwe	61,8	35,9	123,4	50,5	53,7	24,0	115,6	31,8

Source : Tableau adaptée du Rapport No. WP/98-2, Bureau of the Census, 1999. *HIV/AIDS in the developing world*. Washington, DC : US Government Printing Office.

Taux de mortalité de bébés (TMB) : Nombre de décès de bébés au-dessous d'un an dans une cohorte de 1 000 naissances vivantes.

Taux de mortalité d'enfants (TME) : Nombre de décès d'enfants au-dessous de cinq ans dans une cohorte de 1 000 naissances vivantes.

ANNEXE D : LISTE D'OUVRAGES RECOMMANDES EN VUE DE LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-A-ENFANT (TMAE)

Vue d'ensemble sur la TMAE

Dabis F., Leroy V., Castetbon K. et al. 2000. Preventing mother-to-child transmission of HIV-1 in Africa in the year 2000. *AIDS* 14 : 1017-26.

Dabis F., Newell M.L., Fransen L. et al. 2000. Prevention of mother-to-child transmission of HIV in developing countries : Recommendations for practice. *Health Policy Plan* 15 : 34-42.

deCock K., Fowler M.G., Mercier E. et al. 2000. Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries. *JAMA* 283 : 1175-82.

Grant A.D. et de Cock K.M. 2000. HIV infection and AIDS in the developing world. *BMJ* 322 : 1475-1478.

Mofenson L.M. et McIntyre J.A. 2000. Advances and research directions in the prevention of mother-to-child HIV-1 transmission. *Lancet* 355 : 2237-44.

Epidémiologie et impact démographique de la TMAE

ONUSIDA. 2000. *AIDS epidemic update : December 2000*. UNAIDS/00.44E et OMS/CDS/CSR/EDC/2000.9. (Rapport disponible au Web à www.unaids.org/wac/2000/wad00/files/WAD_epidemic_report.PDF).

ONUSIDA. 2000. *Report on the global HIV/AIDS epidemic*. Genève. Juin.

Bureau of the Census. 1999. *HIV/AIDS in the developing world*. Rapport No. WP/98-2. Washington, DC : US Government Printing Office.

US Census Bureau, Centre des programmes internationaux, Département des études sur la santé. 2000. *HIV/AIDS Surveillance Data Base*. Juin.

Analyse et traitement du VIH/SIDA chez les bébés et enfants

Dray-Spira R., Lepage P., et Dabis F. 2000. Prevention of infectious complications of paediatric HIV infection in Africa. *AIDS* 14 : 1091-99.

Greenberg A.E., Dabis F., Marum L. et al. 1998. HIV infection un Africa. Dans Pizzo P.A. et Wilfert C.M., réd. *Paediatric AIDS : The challenge of HIV-1 infection in infants, children and adolescents*. 3^{ème} éd. Baltimore, Etat de Maryland : Williams and Wilkins.

Lepage P., Spira R., Kalibala S. et al. 1998. Care of human immunodeficiency virus-infected children in developing countries. *Pediatr Infect Dis J* 17 : 581-86.

Ruff A., Guay L. et Halsey N. 1998. Medical management of newborns and infants in developing countries. Dans Pizzo P.A. et Wilfert C.M., réd. *Paediatric AIDS : The challenge of HIV-1 infection in infants, children and adolescents*. 3^{ème} éd. Baltimore, Etat de Maryland : Williams and Wilkins.

Tudor Williams G. 2000. HIV infection in children in developing countries. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 94(1) : 3-4.

ONUSIDA. 2000. *AIDS : Palliative care*. Mise à jour technique UNAIDS. Octobre. (Rapport disponible sur le Web à www.unaids.org/publications/documents/care/general/JC-PalliCare-TU-E.pdf.)

Conseils et tests volontaires en vue du dépistage du VIH

ONUSIDA. 1999. *Counselling and voluntary HIV testing for pregnant women in high HIV prevalence countries : Guidance for service providers*. Genève. Mai. (Disponible sur le site Web de l'UNAIDS : www.unaids.org.)

The Voluntary HIV-1 Counseling and Testing Efficacy Study Groupe [«Groupe d'étude de l'efficacité des conseils et tests volontaires en matière du VIH-1»]. 2000. Efficacy of voluntary HIV-1 counselling and testing in individuals and couples in Kenya, Tanzania, and Trinidad : A randomized trial. *Lancet* 356 : 103-12.

Services PMI complets

Dabis F., Leroy V., Castetbon K. et al. 2000. Preventing mother-to-child transmission of HIV-1 in Africa in the year 2000. *AIDS* 14 : 1017-26.

Dabis F., Newell M.L., Fransen L. et al. 2000. Prevention of mother-to-child transmission of HIV in developing countries : Recommendations for practice. *Health Policy Plan* 15 : 34-42.

Antirétroviraux

Bardsley-Elliot A. et Perry C.M. 2000. Nevirapine : A review of its use in the prevention and treatment of paediatric HIV infection. *Paediatr Drugs* 2(5) : 373-407.

Dabis F., Msellati P., Meda N. et al. 1999. Six-month efficacy, tolerance and acceptability of a short regimen of oral zidovudine to reduce vertical transmission of HIV in breastfed children in Cote d'Ivoire and Burkina Faso : A double-blind placebo-controlled multicentre trial. *Lancet* 353 : 786-92.

Guay L.A., Musoke P., Fleming T. et al. 1999. Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda : HIVNET 012 randomised trial. *Lancet* 354 : 795-802.

Organisation mondiale de la santé. 2000. *Use of nevirapine to reduce mother-to-child transmission of HIV (MTCT)*. WHO Review of Reported Drug Resistance, Genève, mars 24.

Saba J. 1999. *The results of the PETRA intervention trial to prevent perinatal transmission in sub-Saharan Africa*. Abrégé no. S6. Communication présentée au 6^{ème} Congrès sur les rétrovirus et les infections opportunistes tenu à la ville de Chicago. Février.

Shaffer N., Shuachoowong R., Mock P.A. et al. 1999. Randomized placebo-controlled trial of short-course antenatal zidovudine to reduce perinatal HIV transmission, Bangkok, Thaïlande. *Lancet* 353 : 773-80.

Wiktor S.Z., Epkini E.R., Karon J.M. et al. 1999. Randomised clinical trial of a short course of oral zidovudine to prevent mother-to-child transmission of HIV-1 in Abidjan, Cote d'Ivoire. *Lancet* 353 : 781-85.

Nutrition et VIH/SIDA

Piwoz E. et Preble E. 2000. *HIV/AIDS and nutrition : A review of the literature and recommendations for nutritional care and support in Africa*. Washington, DC : Académie pour le développement de l'éducation.

Alimentation des nourrissons et VIH/SIDA

OMS : Equipe d'étude coopérative. 1999. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries : A pooled analysis. *Lancet* 355 : 451-55.

Piwoz E. 2000. *HIV/AIDS and infant feeding : Risks and realities in Africa*. Communication inédite. Washington, DC : Académie pour le développement de l'éducation. Juin 12.

Preble E.A. et Piwoz E.G. 1998. *HIV and infant feeding : A chronology of research and policy advances and their implications for programs*. Washington, DC : Académie pour le développement de l'éducation.

UNICEF, ONUSIDA et OMS. 1998. *HIV and infant feeding : A guide for decision-makers*. OMS/FRH/NUT/CHD/98.1 ; UNAIDS/98.3 ; UNICEF/PF/NUT/(J)98.1.

UNICEF, ONUSIDA et OMS. 1998. *HIV and infant feeding : A guide for health care managers and supervisors*. OMS/FRH/NUT/CHD/98.2 ; UNAIDS/98.4 ; UNICEF/PF/NUT/(J)98.2.

Rentabilité des interventions de lutte contre la TMAE

Bollinger L. et Stover J. 1999. *Decision model for evaluating strategies to prevent mother-to-child transmission of HIV*. Version 2.0—Brouillon. The Futures Group International. Septembre.

Dabis F., Leroy V., Castetbon K. et al. 2000. Preventing mother-to-child transmission of HIV-1 in Africa in the year 2000. *AIDS* 14 : 1017-26.

Dabis F., Newell M.L., Fransen L. et al. 2000. Prevention of mother-to-child transmission of HIV in developing countries : Recommendations for practice. *Health Policy Plan* 15 : 34-42.

Marseille E., Kahn J.G. et Sata J. 1998. Cost-effectiveness of antiviral drug therapy to reduce mother-to-child HIV transmission in sub-Saharan Africa. *AIDS* 12 : 939-48.

Marseille E., Kahn J.G., Mmiro F. et al. 1999. Cost effectiveness of single-dose nevirapine regimen for mothers and babies to decrease vertical HIV-1 transmission in sub-Saharan Africa. *Lancet* 354 : 803-09.

Newell M.L., Davis F., Tolley K. et al. 1998. Cost-effectiveness and cost-benefit in the prevention of mother-to-child transmission of HIV in developing countries. *AIDS* 12 : 1571-80.

Soderlund N., Zwi K., Kinghorn A. et al. 1999. Prevention of vertical transmission of HIV : Analysis of cost effectiveness of options available in South Africa. *BMJ* 318 : 1650-56.

Sweat M., Gregorich S., Sangiwa G., et al. 2000. Cost-effectiveness of voluntary HIV-1 counselling and testing in reducing sexual transmission of HIV-1 in Kenya and Tanzania. *Lancet* 356 : 113-21.

Assistance sociale aux enfants touchés par le SIDA

Hunter S. et Williamson J. 2000. *Children on the Brink : Executive summary—Updated estimates and recommendations for interventions*. Washington, DC : TVT Associates et USAID.

Williamson J. Finding a way forward : Principles and strategies to reduce the impacts of AIDS on children and families. Dans Levine C. et Foster G., réd. *The orphan generation—the global legacy of the AIDS epidemic* (à paraître). Cambridge University Press. (Disponible maintenant à <http://www.iaen.org/impact/williamson.pdf>.)

Williamson J. 2000. *Selected resource material concerning children and families affected by HIV/AIDS*. Mars 17. Communication inédite.

Suivi et évaluation des programmes de lutte contre la TMAE

ONUSIDA. 2000. *National AIDS programmes. A guide to monitoring and evaluation*. UNAIDS/00.17E. Juin.

UNICEF, ONUSIDA et OMS. 2000. *Local monitoring and evaluation of the integrated prevention of mother to child HIV transmission in low-income countries*. Avant-projet : mars. (Disponible au site Web www.unaids.org.)

USAID. 2000. *Handbook of indicators for HIV/AIDS/STI programs*. Washington, DC : TVT Associates ; Bureau USAID des programmes mondiaux, soutien sur le terrain et recherche ; Centre USAID pour la population, santé et nutrition, Bureau de la Santé et la Nutrition ; USAID, Bureau de l'Afrique, Division du développement durable.

ANNEXE E : CARACTERISTIQUES DES INTERVENTIONS DE BASE DE PREVENTION DE LA TMAE

INTERVENTION	IMPACT PROBABLE SUR PREVENTION DE LA TMAE	RISQUES ASSOCIES	FAISABILITE PROBABLE	AUTRES BIENFAITS ASSOCIES
Amélioration des services PMI complets	Indispensable pour la prestation d'interventions anti-TMAE efficaces	Aucun risque, pourvu que services soient dispensés correctement	Faisabilité dépend de l'étendue requise des améliorations	Reduction importante de morbidité/mortalité maternelles/infantiles
CTV	Important, si associés à d'autres interventions	Répercussions de violation éventuelle de la confidentialité ; stress psychologique & stigmatisation ou violence contre femmes séropositives	Coût relativement important (à cause de formation, personnels, supervision, soutien de labo,...) réduit faisabilité	Permettent traitement précoce, facilitent planification avenir, facilitent prévention primaire
Soutien à l'alimentation des nourrissons sûre	Pas encore quantifié exactement, mais théoriquement important (en fonction de la qualité des conseils et des décisions/pratiques alimentaires)	Si on allaite les bébés, risque de transmission VIH existe. Si non, il y a risques associés à la préparation et utilisation peu sûres d'aliments/laits de substitution, dont : malnutrition, morbidité et mortalité accrues. Introduire ces aliments/laits de substitution risque de produire un « entraînement ».	Allaitement plus sûr est praticable si agents de santé sont formés et femmes bénéficient de soins pré/postnatals. Alimentation de substitution moins faisable, car elle exige fonds nécessaires pour laits, eau salubre, mères recevant informations détaillées et soutien pour sûreté de l'alimentation, combustible, temps additionnel, etc.	Santé et survie infantiles accrues avec mise en oeuvre correcte
Pratiques obstétricales améliorées	Pas encore quantifié avec précision, mais théoriquement important	Sécurité importante ; aucun risque (sauf éventuellement césarienne, le cas échéant)	Faisable dans le cas où formation et encadrement des agents santé, matériel stérile et meilleures directives fournis	Bénéficient aux mères et bébés séropositifs/négatifs. Bloquent transmission professionnelle du VIH aux accoucheuses
Prophylaxie ARV	Important, mais diminue selon méthode et durée de l'allaitement	Résultats d'essais cliniques jusqu'à présent indiquent haut niveau de sécurité et peu ou aucun risque	Nécessité de services CTV et PMI adéquats	Aucun connu
Conseils et services en matière de planification familiale	Théoriquement important	Effets secondaires possibles des produits contraceptifs	Très faisable—systèmes en place dans la plupart des pays, mais sont moins qu'optimaux et non liés au CTV	PMI améliorée

ANNEXE F : REVUE TECHNIQUE : ANTIRETROVIRAUX EN TRAITEMENT RAPIDE EN VUE DE LA PRÉVENTION DE LA TMAE

Les premières études du médicament antirétroviral zidovudine (ou ZDV, connu également sous le nom d'azidothymidine, ou AZT), destiné à la prévention de la TMAE avaient été entreprises aux Etats-Unis (Connor et al., 1994) et en Thaïlande (Shaffer et al., 1999). Ces études ont montré l'efficacité préventive impressionnante de la ZDV ; toutefois, les protocoles d'administration des médicaments s'avéraient trop complexes pour pouvoir étendre ce système de façon généralisée en Afrique, car ces protocoles reposaient sur la constatation précoce de la grossesse, de bons soins prénatals au début de cette dernière, l'administration intraveineuse lors du travail, etc. La ZDV coûte chère. De plus, ces protocoles étaient fondés sur la supposition que les femmes n'allaitent pas (ce qui est le contraire de ce qu'on fait en Afrique, et ce qui expose les enfants à des risques importants associés à l'alimentation par produits synthétisés dans des conditions non hygiéniques et de pauvreté).

Par la suite, on a mis à l'essai en Afrique cinq autres protocoles régissant l'administration de différents médicaments ARV, en proposant des régimes qui convenaient davantage aux conditions africaines. En Côte d'Ivoire et au Burkina-Faso (Wiktor et al., 1999 ; Dabis et al., 1999), on a testé deux variantes d'un schéma de traitement rapide par ZDV. En Tanzanie, en Afrique du Sud et en Ouganda, l'administration d'un court traitement par ZDV a été combinée avec le médicament lamivudine (Saba, 1999). En Ouganda, une dose unique de névirapine était donnée à la mère lors de son travail et au bébé au cours de la première semaine de vie. Dans le cadre de l'étude SAINT en Afrique du Sud, on a comparé l'efficacité de la névirapine en traitement rapide à l'administration à court terme de la combinaison ZDV/3TC (Moodley, 2000). Ces études ont été menées toutes parmi des femmes qui allaitaient, sans pour autant qu'on ait marqué une distinction entre habitudes d'allaitement (Piwoz, 2000).

On continue à examiner la mesure dans laquelle l'allaitement atténue l'efficacité de la prophylaxie ARV à court terme. Les études dont nous disposons suggèrent que, si la TMAE liée à l'accouchement et à la période postnatale précoce est susceptible de diminuer d'environ 50 pour cent (c'est-à-dire, d'environ 20 à environ 10 pour cent), une tranche supplémentaire de 8 à 10 pour cent des femmes séropositives transmettent toujours le virus à leurs bébés à la suite de l'allaitement continu (durant au moins 18 mois). Ce phénomène fait contraste avec les 10 à 20 pour cent des femmes qui transmettent le virus lors de l'allaitement au sein, dans les situations où il n'y a pas d'interventions ARV ou de lutte contre la TMAE (voir la section I.C.3). On ne sait pas encore si la réduction observée de la transmission pendant la période d'allaitement résulte d'une moindre transmission au début de la période postnatale, de pratiques d'allaitement modifiées ou d'une association des deux phénomènes.

Si les résultats de ces régimes ARV paraissent impressionnants, même chez les femmes qui allaitent, c'est surtout la névirapine qui présente des avantages importants dans le cadre des programmes de prévention de la TMAE. Tout d'abord, ce médicament est considérablement moins cher que les autres. En outre, il est plus facile à administrer, et, jusqu'à ce jour, il s'est montré plus efficace au sein des populations de femmes qui allaitent (Guay et al., 1999). Le profil général du médicament en ce qui concerne la sécurité s'est avéré remarquable (Wood et al., 2000). Une réunion de spécialistes récente a conclu que « la sécurité et l'efficacité des régimes antirétroviraux (ARV) (y compris la névirapine) prévenant la transmission VIH de mère à enfant justifient l'extension de leur utilisation au-delà des projets pilotes et efforts de recherche » (ONUSIDA/OMS, 2000).

Références

- Connor E.M., Sperling R.S., Gelber R. et al. 1994. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. *New Engl J Med* 33 : 1173-80.
- Dabis F., Msellati P., Meda N. et al. 1999. Six-month efficacy, tolerance and acceptability of a short regimen of oral zidovudine to reduce vertical transmission of HIV in breastfed children in Cote d'Ivoire and Burkina Faso : A double-blind placebo-controlled multicentre trial. *Lancet* 353 : 786-92.
- Guay L.A., Musoke P., Fleming T. et al. 1999. Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda : HIVNET 012 randomized trial. *Lancet* 354 : 795-802.
- Moodley D. 2000. *The SAINT Trial. Nevirapine (NVP) versus zidovudine (ZDV) lamivudine (3TC) in prevention of peripartum HIV transmission*. Abrégé No. LbOr2. Communication présentée au XIII^{ème} Congrès international sur le VIH, Durban, Afrique du Sud, Juillet.
- ONUSIDA/OMS. 2000. *Preventing mother-to-child HIV transmission—Technical experts recommend use of antiretroviral regimens beyond pilot projects*. Communiqué de presse conjoint.
- Piwoz E. 2000. *Summary of findings presented at the XIII International AIDS Meeting and related satellite meetings : Mother-to-child transmission of HIV, July 8-14, 2000*. Communication inédite. Washington, DC : Académie pour le développement de l'éducation.
- Saba J. 1999. *The results of the PETRA intervention trial to prevent perinatal transmission in sub-Saharan Africa*. Abrégé no. S6. Communication présentée au 6^{ème} Congrès sur les rétrovirus et les infections opportunistes tenu à la ville de Chicago. Février.
- Shaffer N., Shuachoowong R., Mok P.A. et al. 1999. Randomized placebo-controlled trial of short-course antenatal zidovudine to reduce perinatal HIV transmission, Bangkok, Thaïlande. *Lancet* 353 : 773-80.
- Wiktor S.Z., Epkini E.R., Karon J.M. et al. 1999. Randomised clinical trial of a short course of oral zidovudine to prevent mother-to-child transmission of HIV-1 in Abidjan, Cote d'Ivoire. *Lancet* 353 : 781-85.
- Wood E., Braitstein P., Montaner J.S.G. et al. 2000. Extent to which low-level use of antiretroviral treatment could curb the AIDS epidemic in sub-Saharan Africa. *Lancet* 355 : 2095.



