REDUCTION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MERE A SON ENFANT :

CADRE STRATEGIQUE

Le présent travail a bénéficié du financement de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) dans le cadre de la mise en œuvre du projet de prévention et de soins du sida (IMPACT) par Family Health International (FHI) (Accord de coopération HRN-A-00-97-00017-00). Il n'exprime toutefois pas en tout point les opinions de l'USAID ni de FHI.

FHI met en œuvre le Projet IMPACT de l'USAID en partenariat avec l'Institute of Tropical Medicine Management Sciences for Health ◆ Population Services International ◆ Program for Appropriate Technology in Health ◆ et l'université de Caroline du Nord, antenne de Chapel Hill

© Juin 2001 (version française Mai 2002)
FAMILY HEALTH INTERNATIONAL
AIDS Institute
2101 Wilson Boulevard, Suite 700
Arlington, VA 22201 U.S.A.

REDUCTION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MERE A SON ENFANT :

CADRE STRATEGIQUE

I. INTRODUCTION 2

II. DEMARCHES DE POINTE : UN PROGRAMME GLOBAL DE RÉDUCTION DE LA TRANSMISSION DE LA MÈRE A SON ENFANT 2

Amélioration de la disponibilité, de la qualité et de la fréquentation des services de SMI

Conseil et dépistage volontaires du VIH (CDV)

Thérapie antirétrovirale

Options en matière d'allaitement

La césarienne

Autres options

III. BUTS ET OBJECTIFS DE FHI 6

IV. DEMARCHES TECHNIQUES ET PAR PROGRAMME 6

Principes directeurs

Démarches de FHI

V. ACTIVITES TYPE 8

VI. RECHERCHE LIÉE AUX INTERVENTIONS 8

VII. COUT ET RAPPORT COUT-EFFICACITE 9

VIII. SUIVI ET EVALUATION 9

IX. LIENS ET PARTENARIATS 10

X. REFERENCES 10

XI. OUVRAGES RECOMMANDES 11

I. INTRODUCTION

La transmission de l'infection à VIH de la mère à son enfant demeure un problème de santé publique majeur au plan mondial, en particulier dans les pays en développement, où vivent plus de 95 % des personnes porteuses de VIH/sida (PVVIH). La transmission hétérosexuelle est le mode le plus courant de propagation du virus dans les pays en développement, avec pour corollaire un nombre très important de femmes en âge de procréer dans ces régions du monde. Ces femmes séropositives transmettront probablement l'infection à leurs enfants, contribuant ainsi à la propagation de l'épidémie de l'infection à VIH pédiatrique. En fait, l'on estime qu'il naît chaque année environ 600.000 enfants séropositifs - au moins 1600 par jour - dans les pays en développement [1,2].

Les taux de transmission du VIH de la mère à son enfant enregistrés en l'absence de toute intervention sont plus élevés dans les pays en développement (25 % après intervention contre 40 % sans intervention) que dans le monde industrialisé (15 % contre 25 %). La transmission de la mère à son enfant se produit pendant la grossesse (in utero), pendant le travail et l'accouchement (intra-partum) et au cours de l'allaitement maternel (postnatale). Chez les femmes qui ne pratiquent pas l'allaitement maternel, l'on estime qu'environ 65 % des infections périnatales adviennent en fin de grossesse et pendant le travail et l'accouchement [3,4]. A Kinshasa, au Zaïre, on estime à 23 % la transmission de la mère à son enfant qui survient in utero, 65 % la transmission intra-partum et post-partum précoce et 12 % la transmission postnatale au cours de l'allaitement maternel [5,6].

La transmission du VIH de la mère à son enfant est tombée en dessous de 5 % dans la population restreinte de femmes porteuses de VIH dans les pays développés. Cependant, dans les pays en développement, en particulier dans les pays d'Afrique sub-saharienne où résident la grande majorité des femmes en âge de procréer porteuses de VIH, les taux de transmission de la mère à son enfant du VIH demeurent extrêmement élevés. Ceci s'explique surtout par le manque d'accès aux interventions de prévention existantes, notamment l'orientation-conseil et la détection volontaires du VIH, l'allaitement artificiel, la césarienne sélective et les thérapies antirétrovirales.

Mettre en oeuvre des interventions de prévention de la transmission de la mère à son enfant (PTME) est une chose complexe. La réussite de cette mise en oeuvre dans les pays à faible revenu nécessite des services de santé maternelle et infantile (SMI) fonctionnant parfaitement, ainsi que des ressources financières et une expertise technique pour concevoir, mettre en oeuvre, suivre et évaluer ce type de programme. Ce document présente la stratégie et les efforts de FHI pour contribuer à réduire la transmission du VIH de la mère à son enfant dans les pays à faible revenu.

II. DEMARCHES DE POINTE : UN PROGRAMME GLOBAL DE RÉDUCTION DE LA TRANSMISSION DE LA MÈRE A SON ENFANT DU VIH

Nous disposons maintenant de meilleures opportunités de réduction drastique du nombre d'enfants naissant avec le VIH au plan mondial, grâce aux progrès scientifiques qui permettent de mieux appréhender l'étendue, les facteurs de risque et le cycle de la transmission du VIH de la mère à son enfant et grâce à la disponibilité d'interventions spécifiques concernant la transmission de la mère à son enfant. Les interventions suivantes, fondées sur les connaissances scientifiques actuelles et sur l'expérience collective internationale, peuvent être mises en oeuvre dans le cadre d'un programme global de réduction de la transmission de la mère à son enfant (résumé, figure 1).

Amélioration de la disponibilité, de la qualité et de la fréquentation des services de SMI

L'existence de services de santé maternelle et infantile (SMI) adéquats est la pierre angulaire de toute intervention visant à prévenir la transmission. Mais la plupart des pays en développement ne peuvent assurer que des services limités de SMI, étant donné les contraintes auxquelles ils sont confrontés au plan de la gestion, du financement et des ressources humaines. Même lorsque ce type de services existe, les bénéficiaires potentiels ne les utilisent pas pleinement. Dans nombre de ces pays, moins de la moitié des naissances ont lieu dans une structure de SMI.

Une mise en oeuvre efficace des programmes de PTME nécessite que l'on relève le niveau des services de SMI existants, notamment en renforçant les infrastructures et en formant le personnel afin d'améliorer les pratiques obstétriques (par exemple, en instituant des pratiques de travail plus sécurisées et en prenant en charge les infections sexuellement transmissibles [IST]). Des efforts doivent être faits également dans le sens de l'amélioration des comportements de recherche des services de SMI afin d'en accroître la fréquentation.

Conseil et dépistage volontaires du VIH

Conseil et dépistage volontaires du VIH (CDV) est une intervention fondamentale pour aider les femmes à explorer les différentes options disponibles et à prendre des décisions cruciales par rapport à l'allaitement de leurs enfants et à d'autres questions liées à la transmission de la mère à son enfant, par rapport à des grossesses futures et à la prévention du VIH. CDV est donc un point d'entrée important pour les services de prévention et de soins du VIH. Il constitue également un volet fondamental des interventions de PTME dans la mesure où les femmes doivent connaître leur statut sérologique pour pouvoir accéder à ces interventions et en bénéficier. Dans la plupart des pays à faible revenu, les services de CDV sont encore insuffisamment développés de manière générale et pratiquement inexistants dans les structures de SMI.

Une valeur ajoutée de CDV est sa réussite avérée en tant qu'intervention pour le changement de comportement. Une étude témoin aléatoire – menée au Kenya, en Tanzanie et à Trinidad par F H I, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'ONUSIDA, coordonnée par le Centre d'études de prévention du sida (CAPS) – a démontré une réduction des comportements à risque à la suite de prestations CDV, en particulier parmi les femmes séropositives.

Thérapie antirétrovirale

Il a été prouvé que l'administration de médicaments antirétroviraux (ARV) pendant la grossesse et au moment de l'accouchement réduit notablement le risque de transmission du VIH de la mère à son enfant, surtout parmi les populations ne pratiquant pas l'allaitement maternel. Il y a environ cinq ans, le test clinique ACTG 076 a démontré que l'AZT administré à la mère à partir de 14 semaines de gestation et à l'enfant pendant les sept premiers jours après la naissance réduisait la transmission de la mère à son enfant de deux tiers [7].

En 1998, une étude menée en Thaïlande afin d'évaluer l'efficacité d'un protocole oral court d'AZT facile à administrer, pendant les quatre derniers mois de la gestation, a démontré une réduction de 50 % de la transmission de la mère à son enfant chez les femmes non allaitantes. Des résultats similaires ont été trouvés en Côte d'Ivoire et au Burkina Faso en 1999 chez les femmes allaitantes.

Plus récemment, les résultats d'une étude faite en Ouganda ont démontré une réduction de 47 % de la transmission de la mère à son enfant au sein d'une population pratiquant l'allaitement maternel suite à un traitement de nevirapine (NVP) administré en dose unique à la mère et à l'enfant. Cette étude a comparé une dose unique de NVP administrée aux femmes en début du travail et au bébé dans les 72 heures suivant la naissance à une courte thérapie d'AZT.

Alors que le protocole long à base d'AZT est hors de portée de la plupart des pays en développement en raison de sa sophistication et de son coût prohibitif, les protocoles courts d'AZT et de NVP semblent être plus praticables et abordables pour ces populations.

Options en matière d'allaitement

Éviter de donner le lait maternel aux enfants nés de mères porteuses de VIH s'est révélé efficace à prévenir la transmission postnatale du VIH de la mère à son enfant [11]. Des données plus récentes, bien que limitées, semblent associer l'allaitement maternel exclusif à un risque plus faible de transmission de la mère à son enfant que l'allaitement mixte[12].

La pratique de l'allaitement artificiel ou de l'allaitement maternel exclusif continue à poser un problème important dans les pays en développement. D'une part, l'allaitement artificiel n'est pas toujours abordable pour la majorité des femmes de ces pays, tout en présentant par ailleurs des risques d'infection et de maladies diarrhéiques dans la plupart des cas. D'autre part, l'allaitement maternel exclusif n'est pas nécessairement facile à appliquer, étant donné les croyances et les pratiques liées à l'allaitement de l'enfant dans la plupart des pays en développement. En outre, les résultats d'une étude récente suggèrent que les mères porteuses de VIH et qui allaitent, connaissent une mortalité plus élevée que celles qui n'allaitent pas [13]. Bien que l'OMS estime que les résultats de cette étude ne justifient pas un changement des directives actuelles relatives à l'allaitement des nourrissons, ces résultats soulignent l'importance qu'il y a à fournir des soins et un soutien adéquats aux mères dans le cadre des efforts de PTME.

La césarienne

Il a été démontré que la césarienne sélective, comparée à l'accouchement normal, peut protéger de la transmission de la mère à son enfant. La césarienne a cependant une application très limitée dans les milieux à revenu faible où elle est associé à des taux élevés de morbidité et de mortalité maternelles.

Autres options

D'autres options de PTME – ex : l'antisepsie vaginale, le supplément en vitamine A et une vaccination passive et active - ont été proposées, malheureusement leur efficacité n'a pas encore été prouvée. Il apparaît que tant la désinfection vaginale que la prise de supplément en vitamine A présentent des avantages. L'antisepsie vaginale se révèle capable de réduire la morbidité et la mortalité infantiles, tandis que le supplément en vitamine A réduit le risque de petits poids et petites tailles à la naissance et de grands prématurés. L'identification et le renforcement de systèmes d'aiguillage permettant de répondre aux besoins en soins et soutien des mères porteuses de VIH et de leurs enfants représentent une autre option essentielle de prévention.

FIGURE 1.

Niveaux et types d'interventions pour la réduction de la transmission de la mère à son enfant du VIH

NIVEAU 3 : Prévention de l'infection à VIH périnatale et prise en charge des mères et des nourrissons

- Interventions pour réduire la transmission pendant la grossesse, le travail et l'accouchement.
- Interventions pour réduire la transmission pendant l'allaitement maternel.
- Services optimums pour les enfants de moins de cinq ans.
- Soins et soutien intégrés pour les mères et les enfants.

NIVEAU 2 : Prévention des grossesses non désirées chez les femmes porteuses de VIH

- Options en planification familiale
- Education et conseil en santé pour aider à la prise de décision
- Soins et soutien intégrés

NIVEAU 1 : Prévention du VIH chez les femmes en âge de procréer

- Interventions pour le changement de comportement (y compris l'ODV du VIH) visant les jeunes hommes et les jeunes femmes.
- Meilleure prise en charge des IST chez les hommes et chez les femmes.
- Options en planification familiale.
- Réduction des transfusions à risque.
- Amélioration des services de SMI.
- Prise en compte des facteurs contextuels accroissant la vulnérabilité des femmes face au VIH (ex : dépendance économique, instruction scolaire etc.).

III. BUTS ET OBJECTIFS DE FHI

Le but de FHI en matière de PTME est de réduire l'incidence de la transmission du VIH des mères à leurs enfants et d'améliorer le bien-être des enfants, des mères et de leurs familles. Les objectifs spécifiques de nos efforts en PTME sont : 1) L'amélioration de la qualité des services de santé maternelle et infantile par une réhabilitation appropriée des services et par la formation du personnel, 2) l'amélioration/promotion de la disponibilité et de l'utilisation de services d'ODV du VIH dans les centres de SMI, 3) l'amélioration/promotion de l'accès à la thérapie par les ARV, 4) l'amélioration des options d'allaitement du nourrisson pour les mères et 5) l'amélioration de la référence vers des services de soins et de soutien pour les mères et les enfants.

IV. DEMARCHES TECHNIQUES ET PAR PROGRAMME

Principes directeurs

FHI a une démarche globale de la transmission du VIH de la mère à son enfant. Nous croyons que la réduction de la forme pédiatrique de l'infection à VIH et du sida nécessite une action dans les domaines suivants :

- Prévention de l'infection à VIH chez les femmes en âge de procréer,
- Offre d'options de planification familiale aux femmes, en particulier les femmes séropositives et
- PTME au cours de la grossesse, pendant le travail et au moment de l'accouchement et au cours de l'allaitement maternel.

Pour ce qui est de la PTME chez les femmes déjà enceintes, la stratégie de FHI s'appuie sur la conviction qu'une telle prévention peut se faire dans le cadre d'un programme global de prévention, de soins et de prise en charge du VIH. Ce programme doit aller au-delà des interventions spécifiques de PTME (ex : les ARV, l'allaitement artificiel, la césarienne) pour prendre en compte les domaines techniques et par programme tels que :

- Le renforcement des capacités des pays en développement pour la conception, la mise en oeuvre et l'évaluation des programmes de PTME,
- L'amélioration des soins prénatals
- L'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des options de planification familiale
- L'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité de l'ODV
- La satisfaction des besoins en soins et soutien des femmes et de leurs enfants et
- La réduction de la stigmatisation et de la discrimination dans et hors de la communauté.

FHI souligne l'importance de la réponse à apporter aux besoins de prise en charge et soutien des femmes et des enfants au-delà de la PTME. Sans prise en charge adéquate de la famille, les bénéfices obtenus par PTME seront de courte durée. Par exemple, les enfants séropositifs comme les enfants sains souffriront d'une forte morbidité et d'une forte mortalité si les mères porteuses de VIH ne bénéficient pas de soins appropriés suffisants après l'accouchement pour les aider à se maintenir elles-mêmes en bonne santé afin d'être en mesure d'apporter les soins nécessaires à leurs enfants.

Démarches de FHI

FHI soutient les pays à faible revenu pour une perception accrue de l'étendue et de l'importance de la transmission de la mère à son enfant du VIH et dans le renforcement de leurs capacités à concevoir et mettre en oeuvre des programmes de prévention efficaces. Au-delà de l'appui apporté à certains pays spécifiques, FHI contribue aussi à la compréhension et à la réponse donnée au plan mondial à la PTME, par la recherche et par une collaboration active avec d'autres organisations internationales. La démarche par programme de FHI pour la mise en oeuvre des activités de PTME est présentée ci-dessous.

Politique

- Soutenir la mise sur pied d'un groupe de travail en PTME pour élaborer et diffuser des normes et fournir des orientations en matière de PTME.
- Soutenir l'élaboration d'un plan national réaliste de PTME.
- Soutenir la conception et la diffusion d'outils et de directives appropriés pour la conception, la mise en oeuvre, le suivi et l'évaluation de la PTME.

Interventions pour le changement de comportement

- Soutenir les activités de communication en vue d'accroître la prise de conscience concernant les questions PTME.
- Soutenir les activités relatives au comportement de recherche de soins liés à la SMI, aux IST et au VIH.
- Soutenir les activités visant à réduire la stigmatisation et la discrimination
- Soutenir les interventions pour la réduction du risque et de la vulnérabilité à l'infection à VIH
- Soutenir les activités d'amélioration de l'utilisation de contraceptifs
- Soutenir les initiatives visant à promouvoir des options appropriées en matière d'allaitement des nourrissons

Services de SMI/PTME

- Évaluer la disponibilité, la qualité et la fréquentation des services de santé maternelle et infantile existants et identifier les possibilités d'intégration d'interventions de PTME
- Soutenir les améliorations appropriées de SMI, à partir de résultats d'évaluation
- Concevoir des plans de formation et assurer une formation appropriée (ex : le CDV, les pratiques obstétriques, le recours aux ARV) au personnel de SMI, à partir de résultats d'évaluation
- Soutenir l'introduction et la mise en oeuvre des interventions du CDV et de PTME dans les services de SMI.

Recherche et évaluation

- Fournir l'assistance technique nécessaire au renforcement de la mise en oeuvre, du suivi et de l'évaluation des interventions de PTME.
- Soutenir le développement d'un certain nombre de sites de PTME comme centres de formation et utiliser l'expérience acquise pour étendre les interventions de PTME à tout le pays.
- Soutenir la collecte et la diffusion des leçons apprises.

V. ACTIVITES TYPE

Voici quelques activités types de prévention de PTME de FHI programmées ou en cours d'exécution.

Financement et mise à disposition d'une assistance technique pour la mise en oeuvre d'un programme de PTME à Kakamega and Busia, au Kenya. Cette démarche au niveau du district signifie la réhabilitation d'un centre de SMI, la formation d'agents de santé en SMI, l'introduction du CDV du VIH, l'offre d'orientation-conseil et de soutien dans le domaine de la nutrition, l'application d'une intervention de NVP, l'identification et l'opérationnalisation de systèmes efficaces d'aiguillage pour les mères et leurs enfants et le suivi et l'évaluation du programme.

Mise à disposition d'une assistance technique (formation, suivi, évaluation, identification et diffusion des leçons apprises) pour 12 sites de PTME dans sept pays (Cameroun, Kenya, Rwanda, Afrique du Sud, Ouganda, Zambie et Zimbabwe) sur financement de la Fondation Elizabeth Glaser Pediatric AIDS. Ce programme fait partie du Projet Call to Action, initié et financé par la Fondation afin d'encourager les activités coordonnées permettant d'améliorer l'accès et l'utilisation d'antirétroviraux dans le but de réduire la transmission de la mère à son enfant. Les objectifs du programme sont les suivants :

- Introduire l'orientation-conseil et la détection du VIH dans les services de SMI
- Former le personnel de SMI en éducation et conseil du VIH, en pratiques obstétriques appropriées, en nutrition et autres domaines pertinents
- Garantir l'accès à la thérapie préventive à base d'ARV (NVP) pour les femmes enceintes et leurs bébés.
- Planifier des programmes élargis de PTME.

Participation du secteur privé dans la PTME. Étant donné que, dans certains pays, les entreprises assurent, au moins en partie, les frais de santé de leurs employés et de leurs familles, le développement de la PTME peut leur faire économiser de l'argent dans la mesure où ils n'auront plus à prendre en charge les frais de traitement des enfants séropositifs. A partir de l'expérience de FHI en matière d'activités sur le lieu de travail, nous entendons préparer des analyses de coût qui pourront servir à encourager les entreprises à soutenir les interventions de PTME.

VI. RECHERCHE LIÉE AUX INTERVENTIONS

Dans la mesure où la plupart des interventions existantes de PTME n'ont pas été pleinement mises en oeuvre dans les pays à faible revenu, de nombreuses questions de fonctionnement liées à la PTME demeurent sans réponse. C'est pourquoi il est essentiel de conduire une recherche liée aux interventions dans le cadre de la PTME.

La recherche liée aux interventions doit être menée au niveau des actions de PTME en cours et futures afin d'informer les prestataires et les décideurs, de déceler de nouvelles possibilités permettant de faire progresser la prestation de services et de déterminer l'efficacité et la rentabilité des différentes interventions.

Les questions de fonctionnement en matière de recherche liée aux interventions peuvent être les suivantes :

- Quel est le niveau de faisabilité et d'efficacité des différentes interventions d'ARV en matière de réduction de la transmission de la mère à son enfant ?
- Quel est l'incidence de l'intégration des interventions du CDV et de PTME dans les services de SMI sur l'utilisation de ces services ?

- Le CDV peut-il être introduit dans les services de SMI de manière systématique ?
- Quelle est la faisabilité de la mise en œuvre de l'allaitement maternel exclusif ?
- Quelle est la faisabilité de la mise en œuvre de l'allaitement artificiel et son incidence sur la morbidité et la mortalité infantiles ?
- quelles sont les pratiques courantes en matières d'allaitement des nourrissons et leur signification pour les programmes de PTME ?
- Quel est l'incidence immunologique, virologique et clinique des thérapies courtes à base d'ARV chez les mères ?
- Quelle est l'histoire naturelle de l'infection à VIH chez les enfants séropositifs nés de mères exposées aux ARV pendant leur grossesse ?
- Quel est le niveau d'acceptabilité, de volonté et de capacité à payer pour les interventions du CDV et/ou d'ARV chez les femmes enceintes dans les centres de SMI ?
- Les mères comprennent-elles le concept d'efficacité partielle (ex : 40 à 50 %) d'une intervention de PTME donnée ?

VII. COUT ET RAPPORT COUT-EFFICACITE

FHI est conscient du fait que des interventions de PTME correctes seront trop coûteuses pour les pays à faible revenu, étant donné le besoin de réhabilitation des services de SMI, d'offre du CDV, d'ARV et d'alimentation artificielle quand cela correspond à l'option choisie en matière d'allaitement du nourrisson. C'est pourquoi nous travaillerons avec les pays afin d'explorer des voies rentables pour la mise en oeuvre des interventions de PTME.

Il a été démontré que le rapport coût-efficacité de la prestation du CDV est fonction de la séroprévalence au plan local. Les modèles existants semblent indiquer que dans les zones où la séroprévalence est de l'ordre de 10 %, la rentabilité est toujours assurée. Mais la rentabilité diminue rapidement lorsque la séroprévalence tombe en dessous de 10 %. Des stratégies telles que le dépistage ciblé, le conseil de groupe peuvent être explorées afin d'optimiser le rapport coût-efficacité.

Malgré le coût élevé d'interventions de PTME bien conçues et bien exécutées, nous sommes convaincus qu'il s'agit d'un excellent investissement, car les efforts prodigués pour la PTME (ex : la réhabilitation des services de SMI) contribueront aussi à l'amélioration générale des soins pour la mère, l'enfant et la famille. Un investissement de ce type peut aussi contribuer à réduire le coût lié au traitement des nourrissons séropositifs.

VIII. SUIVI ET EVALUATION

Le suivi et l'évaluation (S&E) sont indispensables à une mise en oeuvre réussie des interventions de PTME. Étant donné que ces interventions sont relativement nouvelles dans la plupart des pays à faible revenu, un S&E bien conçu et bien conduit identifie et corrige les problèmes potentiels de manière permanente et fournit un feed-back permettant de renforcer la planification, la conception et la mise en oeuvre de programmes de PTME.

Les exemples d'indicateurs comprennent notamment :

- La proportion d'hommes et de femmes de 15 à 49 ans connaissant la transmission de la mère à son enfant
- Les taux de transmission de la mère à son enfant

- La morbidité infantile chez les nourrissons de mères porteuses de VIH
- La mortalité infantile chez les nourrissons de mères porteuses de VIH
- Le pourcentage de centres de SMI utilisant les directives de soins de SMI pour la PTME
- Le nombre de prestataires de SMI formés
- Le nombre de femmes consultées par mois dans les centres de SMI
- Le pourcentage de femmes enceintes qui choisissent de bénéficier de le CDV
- Le pourcentage de femmes porteuses de VIH qui choisissent de recevoir une thérapie à base d'ARV comme mesure de PTME et
- Les taux de transmission de la mère à son enfant chez les femmes bénéficiant d'interventions de PTME

IX. LIENS ET PARTENARIATS

FHI connaît l'importance des liens entre ses autres activités de prévention et de soins et les activités spécifiques de PTME. Nos activités de prévention - aussi bien pour les hommes que pour les femmes - aident à réduire l'infection à VIH chez les femmes et ainsi donc à réduire la transmission de la mère à son enfant. Les activités de PTME de FHI sont soutenues par les efforts de l'unité globale pour les soins et par l'expertise de l'unité de prévention, en particulier au niveau de la CCC et des IST. Il existe aussi une étroite collaboration entre le département de prévention et de soins du VIH (HIV Prevention and Care Department) et le réseau des essais pour la prévention du VIH (HIV Prevention Trials Network), un réseau de recherche financé par NIH afin d'assurer une meilleure coordination entre nos efforts de recherche et de mise en oeuvre.

FHI établira des liens avec des groupes et des programmes d'appui de programmes de PTME au niveau des pays afin de veiller à ce que les activités proposées renforcent les services existants de SMI. En outre, nous travaillons avec des organisations internationales impliquées dans les activités de PTME telles que l'OMS, les centres de contrôle et de prévention des maladies (CDC), la Fondation Elizabeth Glaser Pediatric AIDS, l'UNICEF et l'ONUSIDA. FHI a déjà établi une collaboration formelle avec la Fondation Elizabeth Glaser Pediatric AIDS et formalise actuellement sa collaboration avec des organismes tels que les CDC.

X. REFERENCES

1. De Cock KM, Fowler MG, Mercier E et al. Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: translating research into policy and practice. *JAMA* 1 Mar 2000. 283(9): 1175-82.

2. Fowler MG, Simonds RJ, Roongpisuthipong A. Update on perinatal HIV transmission. *Pediatr Clin North Am* Feb 2000. 47(1): 21-38.

3. Ehrnst A, Lindgren S, Dictor M et al. HIV in pregnant women and their offspring: evidence for late transmission. *Lancet* 27 Jul 1991. 338(8761): 203-7.

4. Rouzioux C, Costagliola D, Burgard M et al. Estimated timing of mother-to-child human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) transmission by use of a Markov model. *Am J Epidemiol* 15 Dec 1995. 142(12): 1330-7.

5. Bertolli J, St. Louis ME, Simonds RJ et al. Estimating the timing of mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus in a breast-feeding population in Kinshasa, Zaire. *J Infect Dis* Oct 1996. 174(4): 722-6.

6. Connor EM, Sperling RS, Gelber R et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. *N Engl J Med* 3 Nov 1994. 331(18): 1173-80.

7. Shaffer N, Chuachoowong R, Mock PA et al. Short-course zidovudine for perinatal HIV-1 transmission in Bangkok, Thailand: a randomised controlled trial. *Lancet* 6 Mar 1999. 353(9155): 773-80.

8. Wiktor SZ, Ekpini E, Karon JM et al. Short-course oral zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Abidjan, Côte d'Ivoire: a randomized trial. *Lancet* 6 Mar 1999. 353(9155): 781-5.

9. Dabis F, Msellati P, Meda N et al. Six-month efficacy, tolerance, and acceptability of a short regimen of oral zidovudine to reduce vertical transmission of HIV in breastfed children in Côte d'Ivoire and Burkina Faso: a double-blind placebo-controlled multicentre. *Lancet* 6 Mar 1999. 353(9155): 786-92.

10. Guay LA, Musoke P, Fleming T et al. 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* 4 Sept 1999. 354(9181): 795-802.

11. Nduati R, John G, Mbori-Ngacha D et al. Effect of breastfeeding and formula feeding on transmission of HIV-1: a randomized clinical trial. *JAMA* 1 Mar 2000. 283(9): 1167-74.

12. Coutsoudis A, Pillay K, Spooner E, Kuhn L, Coovadia H. Influence of infant-feeding patterns on early mother-to-child transmission of HIV-1 in Durban, South Africa: a prospective cohort study. *Lancet* 7 Aug 1999. 354(9177): 471-6.

13. Nduati R, Richardson BA, John G et al. Effect of breastfeeding on mortality among HIV-1 infected women: a randomized trial. *Lancet* 2001 May 26; 357(9269): 1651-5.

XI. OUVRAGES RECOMMANDES

OMS et ONUSIDA. HIV in pregnancy: a review. ONUSIDA /99.35E. Revue des facteurs de risques de la TME et des interventions actuellement disponibles ou en cours d'étude. Disponible sur le site web de l'ONUSIDA à <www.unaids.org>.

OMS. Recommendations on the safe and effective use of short-course antiretroviral regimens for the prevention of mother-to-child transmission of HIV. *Weekly Epidemiological Record* 2000. Disponible sur le site web de l'ONUSIDA.

Coutsoudis A, Coovadia H, Pillay K, Kuhn L. Are HIV-infected women who breastfeed at increased risk of mortality? *AIDS* 2001. 15: 653-5.

Newell M-L. Does breastfeeding really affect mortality among HIV-1 infected women? *Lancet* 2001, Mai 26; 357 (9269): 1634-5.

ONUSIDA. New data on the prevention of mother-to-child transmission of HIV and their policy implications: conclusions and recommendations. Consultation technique OMS pour l'équipe de travail inter-agences du FNUAP/UNICEF/OMS/ONUSIDA sur la transmission de la mère à son enfant du VIH. Genève: Organisation mondiale de la santé, 2001. Report No. WHO/RHR/01.28.

ONUSIDA, UNICEF et ONUSIDA. VIH et allaitement des nourrissons. Genève : ONUSIDA, UNICEF, Organisation mondiale de la santé, 1998. Trois modules ont été publiés : (1) Guidelines for decision-makers; (2) A guide for health care managers and supervisors; and (3) A review of HIV transmission through breastfeeding. Disponible sur le site web de l'ONUSIDA.

© June 2001 • Family Health International • AIDS Institute
2101 Wilson Boulevard • Suite 700 • Arlington, Virginia 22201 • U.S.A.
Telephone: 703.516.9779 • Facsimile: 703.516-9781 • Internet: www.fhi.org