

Approches stratégiques
de la prévention de l'infection
à VIH chez l'enfant

Rapport d'une réunion de l'OMS
Morges (Suisse), 20-22 mars 2002



Organisation
mondiale de la Santé

Approches stratégiques de la prévention de l'infection à VIH chez l'enfant

Rapport d'une réunion de l'OMS
Morges (Suisse), 20-22 mars 2002



Organisation
mondiale de la Santé

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Approches stratégiques de la prévention de l'infection à VIH chez l'enfant: rapport d'une réunion de l'OMS, Morges (Suisse), 20-22 mars 2002.

1. Infection à VIH – prévention et contrôle 2. Infection à VIH – transmission 3. Transmission verticale maladie 4. Femmes enceintes 5. Soins postnataux 6. Coopération internationale 7. Pays en développement 1. Organisation mondiale de la Santé.

ISBN 92 4 256242 4

(Classification NLM : WC 503.6)

© Organisation mondiale de la Santé 2005

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone: +41 22 791 2476 ; télécopie: +41 22 791 4857 ; adresse électronique: bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci-dessus (télécopie: +41 22 791 4806 ; adresse électronique: permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif. La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé en France

Table des matières

Résumé d'orientation	2
1. Introduction	3
2. Un cadre politique en mutation	4
2.1 Adaptation des politiques des Nations Unies à l'évolution rapide des connaissances: La transmission du VIH par l'allaitement au sein	4
2.2 Les traitements antirétroviraux: une nouvelle perspective	5
2.3 Les interventions combinées: la stratégie à trois volets	5
3. De la nécessité d'une approche globale	6
3.1 Trouver un compromis entre les différentes priorités	6
3.2 L'expérience des programmes	8
4. Les éléments d'une stratégie globale	9
4.1 Prévention primaire de l'infection à VIH	9
4.2 Prévention des grossesses non désirées chez les femmes infectées par le VIH	10
4.3 Prévention de la transmission du VIH des mères infectées à leurs enfants	11
4.4 Prise en charge des mères infectées par le VIH et de leurs enfants	13
5. Domaines d'action prioritaires de l'OMS	15
5.1 Fonctions fondamentales	15
5.2 Actions spécifiques	16
6. Conclusions	18
Annexe 1. Ordre du jour	19
Annexe 2. Participants	21

Résumé d'orientation

L'OMS a organisé du 20 au 22 mars 2002 une réunion à Morges (Suisse) pour débattre de la contribution des différentes approches programmatiques à la prévention du VIH chez le nourrisson, dans différentes situations épidémiologiques et conditions de prestation de service. En organisant cette réunion, l'OMS désirait également savoir dans quels domaines elle devait agir en priorité pour contribuer de façon optimale aux démarches mondiales dans ce domaine.

Les participants ont souligné que, pour réaliser les objectifs fixés dans la Déclaration d'engagement de la session extraordinaire de l'Assemblée Générale de l'Organisation des Nations Unies consacrée au VIH/SIDA de réduire la proportion de nourrissons infectés par le VIH de 20 % d'ici à 2005 et de 50 % d'ici à 2010, il fallait adopter une approche stratégique globale comprenant :

- ▶ la prévention primaire de l'infection à VIH;
- ▶ la prévention des grossesses non désirées chez les femmes infectées par le VIH;
- ▶ la prévention de la transmission mère-enfant du VIH; et
- ▶ La prise en charge des mères infectées par le VIH et de leurs enfants.

Cette approche stratégique tient compte de l'importance de **la prévention primaire dans l'atteinte des objectifs** de la session extraordinaire de l'Assemblée Générale de l'Organisation des Nations Unies consacrée au VIH/SIDA. Les participants ont convenu que la prévention du VIH chez la femme permet d'éviter efficacement une transmission secondaire au nourrisson et présente d'autres avantages importants pour l'ensemble de la population. Ils ont signalé que la survenue de l'infection à VIH chez l'enfant doit être vue comme la conséquence de l'échec à saisir toute opportunité antérieure pour prévenir l'infection chez les femmes et leurs partenaires. Toutefois, les femmes infectées en dépit des efforts de prévention doivent avoir accès à un éventail de services de soins et de soutien, notamment à des services de santé génésique et de prévention de la transmission mère-enfant.

L'approche stratégique tient également compte du fait que **la prévention des grossesses non désirées chez les femmes infectées par le VIH** pourrait contribuer de manière significative à prévenir l'infection à VIH chez le nourrisson. Cette composante, qui actuellement est souvent perdue de vue, requiert, notamment dans les pays à forte prévalence, un renforcement des programmes de planification familiale, l'offre des services de conseil et de dépistage aux clients des services de planification familiale et le soutien aux femmes infectées par le VIH pour un choix éclairé en matière de procréation.

Les participants ont discuté et analysé comment un **paquet d'interventions visant à prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant**, y compris l'administration de médicaments antirétroviraux, les pratiques d'accouchement à moindre risque et le conseil et le soutien en matière d'alimentation du nourrisson a permis de réduire de façon drastique la transmission verticale du

VIH dans certains pays. Ils ont par ailleurs, examiné les nombreuses difficultés à surmonter pour la mise en œuvre de ce paquet d'intervention dans les pays à ressources limitées. Les systèmes de santé doivent être renforcés pour que les programmes soient plus efficaces et pour garantir un plus large accès et une utilisation accrue des services de conseil, du dépistage et des médicaments antirétroviraux. Il faut également accorder une attention particulière au problème de l'alimentation du nourrisson dans le contexte de la pandémie du VIH/SIDA, notamment dans les régions où l'alimentation de substitution n'est pas acceptable, faisable, accessible financièrement, durable et saine pour toutes les mères.

Les participants ont recommandé l'inclusion d'un quatrième élément, offrir des **soins aux mères infectées et à leurs enfants**, élément dans la stratégie à trois volets qui, à ce jour, a reçu le soutien des institutions spécialisées des Nations Unies. L'adjonction de cette quatrième composante permet de prendre en compte le fait que les programmes de prévention de l'infection à VIH chez l'enfant vont amener à l'identification d'un grand nombre de femmes infectées qui devraient avoir accès aux programmes de soins, de traitement et de soutien à long terme. D'un point de vue humanitaire, il est difficile de proposer un traitement antirétroviral à court terme pour sauver un enfant mais de refuser les soins de base et, le cas échéant, un traitement antirétroviral à la mère. Les soins et le soutien pour les mères et les nourrissons exposés doivent également contribuer à accroître le recours aux interventions clés et à renforcer leur impact dans la réduction de la transmission mère-enfant du VIH.

Les participants ont encouragé l'OMS à promouvoir activement l'approche stratégique de prévention de l'infection à VIH chez l'enfant, et notamment ses quatre composantes fondamentales. L'importance à accorder aux différents domaines d'intervention doit être déterminée par chaque pays en fonction des données épidémiologiques, des prestations de services et de leur utilisation. Les participants ont estimé que l'OMS a un rôle important à jouer dans plusieurs domaines clés, notamment dans l'examen et l'analyse des données de recherche existantes et nouvelles dans ce domaine, dans la collecte d'informations stratégiques pour orienter la conception et la mise en œuvre des programmes, dans l'appui technique sur des questions clés telles que le conseil et le dépistage du VIH, le choix et l'utilisation de régimes antirétroviraux sûrs et efficaces, le conseil et le soutien pour l'alimentation ainsi que les soins du nourrisson, les soins, le traitement et le soutien des femmes vivant avec le VIH et de leurs enfants.

Il est à noter que les participants ont demandé que ces interventions soient intégrées aux services de santé existants afin de renforcer les liens entre les différents programmes, de tirer le meilleur parti des synergies potentielles, de réduire les coûts et d'accroître rapidement la couverture. L'OMS est à même de soutenir l'intégration de ces interventions dans les systèmes de santé avec pour but principal d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant dans le contexte de la pandémie du VIH/SIDA au niveau mondial.

1. Introduction

Pour la seule année 2001, 800 000 enfants ont été infectés par le VIH¹, dont l'immense majorité par leur mère. La transmission du VIH d'une mère infectée à son enfant est presque totalement évitable et est de ce fait devenue rare dans les pays industrialisés. Cependant, elle est encore très fréquente dans les pays en développement, notamment dans ceux les plus durement touchés par la pandémie du SIDA, où les activités de prévention n'ont pas été mise en œuvre à l'échelle requise.

En juin 2001, la session extraordinaire de l'Assemblée Générale de l'Organisation des Nations Unies consacrée au VIH/SIDA a fixé des objectifs ambitieux dont l'un des plus importants était la prévention de la transmission mère-enfant du VIH. La déclaration d'engagement faite à l'issue de cette session extraordinaire fixe des objectifs spécifiques en matière de prévention de l'infection à VIH chez l'enfant:

D'ici à 2005, réduire de 20 p. 100 et d'ici à 2010, de 50 p. 100 la proportion d'enfants infectés par le VIH en veillant à ce que 80 p. 100 des femmes enceintes consultant pour des soins prénatals reçoivent des informations, des conseils et autres services de prévention de l'infection à VIH disponibles, et en faisant en sorte que les femmes et les enfants infectés à VIH aient accès à un traitement efficace, afin de réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant, ainsi que par des interventions efficaces pour les femmes infectées par le VIH, y compris des services volontaires et confidentiels de conseils et de dépistage, l'accès aux traitements, en particulier à la thérapie antirétrovirale et, le cas échéant, à des produits de remplacement du lait maternel, tout en assurant un continuum de soins.²

La réalisation de cet objectif suppose de surmonter plusieurs difficultés, de créer des partenariats solides et de réunir des ressources substantielles.

Pour contribuer davantage aux activités menées au niveau mondial pour atteindre les objectifs de la session extraordinaire de l'Assemblée Générale de l'Organisation des Nations Unies consacrés au VIH/SIDA, l'OMS a organisé, du 20 au 22 mars 2002, une réunion dont les objectifs étaient les suivants:

- examiner dans quelle mesure les approches stratégiques actuelles contribuent à prévenir l'infection à VIH chez le nourrisson et le jeune enfant dans différentes situations épidémiologiques et conditions de prestations de services ;

- indiquer à l'OMS les domaines d'action prioritaires pour la prévention de l'infection à VIH chez l'enfant, dans le cadre de son mandat, de ses orientations stratégiques et de ses principales fonctions.

Les annexes 1 et 2 contiennent l'ordre du jour de la réunion et la liste des participants. Le premier jour, les participants ont fait le point sur les expériences acquises en matière de prévention du VIH chez le nourrisson et le jeune enfant et ont réfléchi sur la manière d'affiner et de renforcer la stratégie des institutions spécialisées des Nations Unies dans ce domaine. L'élaboration et la mise en œuvre des interventions visant à prévenir la transmission mère-enfant du VIH ont été brièvement revues dans leur contexte historique (section 1). Des exposés, des activités de groupe et des débats en séance plénière ont permis de définir les éléments d'une approche stratégique globale (sections 3 et 4). Le deuxième jour, les participants ont consacré leurs travaux au rôle de l'OMS dans le cadre des démarches entreprises au niveau mondial pour atteindre les objectifs de la session extraordinaire de l'Assemblée Générale de l'Organisation des Nations Unies consacrés au VIH/SIDA (section 5).

¹ ONUSIDA et Organisation mondiale de la Santé. Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA – décembre 2001. (http://www.unaids.org/epidemic_update/report_deco1). Genève, ONUSIDA, 2001.

² Assemblée Générale de l'Organisation des Nations Unies. Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA (<http://www.un.org/ga/aids/coverage/FinalDeclarationHIV/AIDS.html>). Session extraordinaire de l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies consacrée au VIH/SIDA, 25-27 juin 2001. New York, Nations Unies, 2001.

2. Un cadre politique en mutation

Un bref historique des connaissances et des expériences sur la prévention de l'infection à VIH chez le nourrisson et le jeune enfant a été présenté pour montrer comment les politiques et les actions des Nations Unies ont évolué au fil des années.

2.1 Adaptation des politiques des Nations Unies à l'évolution rapide des connaissances : la transmission du VIH par l'allaitement au sein

Le SIDA a été diagnostiqué la première fois chez l'enfant en 1983 et on en a conclu qu'une mère infectée par le VIH pouvait le transmettre verticalement à son enfant au cours de la grossesse et de l'accouchement. Deux ans plus tard, il a été reconnu que la transmission du VIH était possible par l'allaitement au sein. En 1987, l'OMS a organisé une consultation et a publié une première déclaration sur l'allaitement au sein et le VIH,³ qui portait sur l'évaluation du peu d'informations disponibles à l'époque sur le risque de transmission du VIH au cours de l'allaitement au sein. En 1992, l'OMS et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) ont examiné de nouvelles données sur l'allaitement et le VIH et ont fait une déclaration de consensus⁴ indiquant que conseiller l'allaitement au sein devait rester la norme pour toutes les femmes enceintes, même pour celles infectées par le VIH, là où les maladies infectieuses et la malnutrition constituaient les principales causes de décès chez le nourrisson. Dans d'autres situations, le conseil à donner aux femmes infectées par le VIH était de ne pas allaiter leur

enfant au sein et d'avoir recours à des solutions de rechange sûres pour leurs enfants. En 1997, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), l'UNICEF et l'OMS ont publié une déclaration politique sur l'alimentation du nourrisson et le VIH⁵ qui marquait le passage d'une politique axée sur l'ensemble de la population à une politique prenant en compte les droits de l'homme. La déclaration indiquait qu'il fallait permettre aux femmes de prendre des décisions pleinement éclairées en ce qui concernait l'alimentation de leur enfant et les soutenir dans la mise en pratique de celles-ci. Cette recommandation, qui reste valable, a été plus tard clarifiée lors d'une consultation technique organisée en 2000 par l'OMS pour le compte de ses partenaires institutionnelles du système des Nations Unies.⁶

³ Déclaration à l'issue de la consultation sur l'allaitement au sein ou au lait de femme et l'infection à VIH, Genève, 23-25 juin 1987. Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 1987 (WHO/SPA/INF/87.8).

⁴ Programme mondial de lutte contre le SIDA, déclaration de consensus à l'issue de la consultation OMS/UNICEF sur la transmission du VIH et l'allaitement au sein. Relevé épidémiologique hebdomadaire, 1992, 67 : 177-179.

⁵ ONUSIDA, UNICEF et OMS. *VIH et alimentation du nourrisson. Une déclaration politique de l'ONUSIDA, l'OMS et l'UNICEF* (<http://www.unaids.org/publications/documents/mtct/infantpolf.html>). Genève, ONUSIDA, 1997.

⁶ WHO. New data on the prevention of mother-to-child transmission of HIV and the policy implication : conclusions and recommendations. WHO technical consultation on the behalf of the UNFPA/UNICEF/WHO/UNAIDS Inter-Agency Task Team on Mother-to-Child Transmission of HIV, Genève, 11-13 octobre 2000. WHO/RHR/01.28.

2.2 Les traitements antirétroviraux: une nouvelle perspective

L'année 1994 a constitué un tournant important en ce que les résultats du protocole 076 du Pediatric AIDS Clinical Trials Group (PACTG) ont montré pour la première fois l'efficacité de la zidovudine qui, administrée à la mère infectée par le VIH pendant la grossesse, le travail et l'accouchement et au nouveau-né pendant les six semaines suivant la naissance, permet de réduire la transmission verticale du VIH de 68 %.⁷ Le schéma thérapeutique ACTG 076 a été rapidement introduit dans la pratique courante pour réduire la transmission mère-enfant du VIH en Europe occidentale, en Australie et en Amérique du Nord, mais est resté trop complexe et onéreux pour être proposé dans la plupart des pays en développement. La recherche visant à évaluer l'efficacité de régimes plus courts et moins complexes a été entreprise dans plusieurs pays. En février 1998, les résultats d'un essai clinique évaluant un régime court de zidovudine, conduit en Thaïlande, ont été rendus publics⁸ apportant l'espoir que l'utilisation des antirétroviraux pour empêcher la transmission peripartum du VIH était possible dans les pays à ressources limitées. Le mois suivant, l'ONUSIDA, l'UNICEF et l'OMS organisaient une réunion pour faire le bilan des dernières informations disponibles sur les interventions visant à prévenir la transmission mère-enfant du VIH et définir les axes de la mise en œuvre programmatique.⁹ Il a été décidé de mettre en œuvre dans plusieurs pays en développement des programmes pilotes utilisant des régimes antirétroviraux de courte durée appuyés du conseil et du soutien pour l'alimentation du nourrisson. Depuis lors, plusieurs autres essais cliniques ont été conduits qui ont permis d'élargir le choix d'antirétroviraux sûrs et efficaces pour prévenir la transmission du VIH chez le nourrisson dans les pays en développement.

2.3 Les interventions combinées: la stratégie à trois volets

En 1998, la réunion des partenaires du système des Nations Unies avait fait ressortir que la transmission mère-enfant du VIH pouvait être efficacement réduite par la combinaison des différentes approches disponibles. Cela a conduit à définir une stratégie à trois volets comportant:

- ▶ la prévention primaire de l'infection à VIH chez les futurs parents;
- ▶ la prévention des grossesses non désirées chez les femmes infectées par le VIH; et
- ▶ la prévention de la transmission d'une mère VIH-positive à son enfant.

Cette même année, un groupe de travail interinstitutionnel sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, composée du Secrétariat de l'ONUSIDA, du Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), de l'UNICEF et de l'OMS, a été créé puis officialisé en 1999 par le Comité de Coordination sur la Santé. Ce groupe de travail constitue une plate-forme commune d'action et permet de définir et de répartir clairement les rôles et les responsabilités des différentes institutions des Nations Unies pour la promotion de la stratégie à trois volets. Début 2001, la Banque mondiale a été intégrée au groupe de travail qui fut rebaptisé Groupe de travail interinstitutionnel sur la prévention du VIH chez la femme enceinte, les mères et les nourrissons pour refléter la nécessité de renforcer les activités de prévention primaire en direction des femmes.

⁷ Connor, E. M., Sperling, R. S., Gelber, R. et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group. *New England Journal of Medicine*, 1994, 331_1173-1180.

⁸ Shaffer, N., Chuachoowong, R., Modk, P. A. et al. Short-course zidovudine for perinatal HIV-1 transmission in Bangkok, Thailand: a randomised controlled trial. Bangkok Collaborative Perinatal HIV Transmission Study Group. *Lancet*, 1999, 353 : 773-780.

⁹ ONUSIDA, UNICEF et OMS. Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant : réunion sur la planification de la mise en œuvre programmatique, Genève, 23-24 mars 1998 (<http://www.unaids.org/publications/documents/mtct/meetingmarch98.htm>). Genève, ONUSIDA 1998.

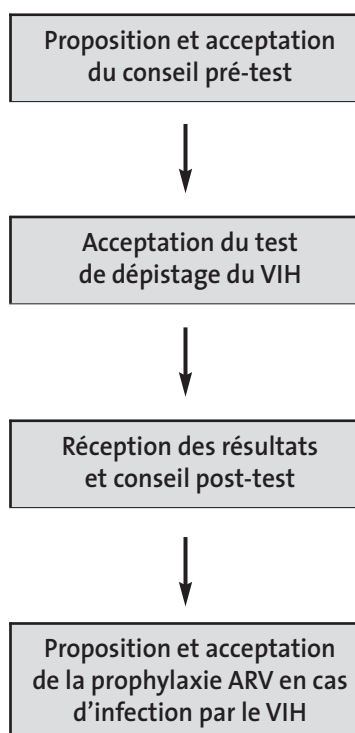
3. De la nécessité d'une approche globale

Après avoir pris connaissance de ces informations de base, les participants ont débattu de la contribution potentielle de différentes approches à la prévention de l'infection à VIH chez l'enfant, selon les situations épidémiologiques et les conditions de prestation de services. Les résultats des exercices portant sur des modèles différents et les expériences des pays sont venus enrichir le débat.

3.1 Trouver un compromis entre les différentes priorités

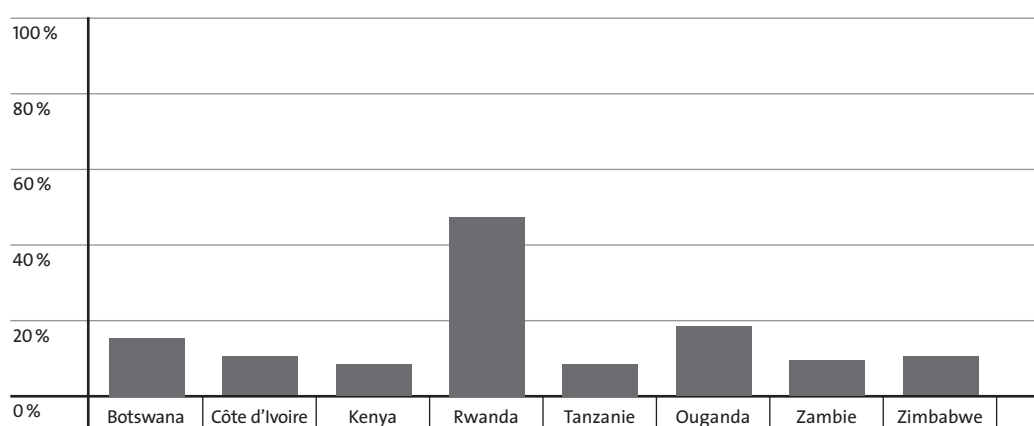
Les résultats des exercices de modélisation ayant pour but d'évaluer la contribution des différentes approches à la prévention de l'infection à VIH chez l'enfant ont été résumés. Le modèle a permis d'estimer le rapport coût/efficacité d'une intervention utilisant des antirétroviraux chez les femmes enceintes infectées par le VIH dans huit pays d'Afrique. Ce modèle a servi de base de comparaison pour les autres approches. On a calculé, pour chaque pays, dans quelle mesure la prévalence du VIH chez les femmes et le nombre de grossesses chez les femmes infectées par le VIH devaient être réduits pour faire baisser l'incidence de l'infection à VIH chez les enfants autant que par un traitement antirétroviral. Un programme de prévention de la transmission mère-enfant du VIH mené dans plusieurs pays en Afrique subsaharienne avec le soutien de l'UNICEF a permis d'obtenir des données sur des aspects programmatiques. Le schéma thérapeutique variait selon les pays. Au Botswana, en Côte d'Ivoire, en

Zambie et au Zimbabwe, le régime court de zidovudine était le schéma thérapeutique de choix, alors qu'au Kenya, en Ouganda, en République-Unie de Tanzanie et au Rwanda, la névirapine était utilisée comme traitement de remplacement lorsque le régime court de zidovudine n'avait pas pu être suivi pour quelque raison que ce soit. Le modèle n'a considéré que l'utilisation de la névirapine. Bien que le régime court de zidovudine ne soit pas le schéma thérapeutique de choix pour tous les pays, son taux d'acceptation et celui d'utilisation des prestations de services de conseil et dépistage du VIH, ainsi que la prise effective de la prophylaxie ont été considérés comme similaires en termes de résultat à ce qui aurait pu être obtenu avec le schéma thérapeutique à la névirapine. Chez les femmes enceintes fréquentant les services de soins prénatals, un taux important d'abandons ou de disparus a été observé à chacune des principales étapes suivantes :



La figure 1 montre, pour les projets pilotes, la proportion de femmes infectées par le VIH qui consultent pour des soins prénatals et qui ont reçu une prophylaxie antirétrovirale. Les informations recueillies sur le terrain indiquent que les raisons pour lesquelles les services ne sont pas utilisés comportent entre autres le refus par les femmes des interventions essentielles telles que le dépistage du VIH, l'incapacité des services de soins prénatals à fournir les services nécessaires en raison de pénuries de fournitures ou de personnel, et de l'incapacité des femmes à profiter des services offerts. Le développement des infrastructures de base et la formation du personnel pour la conduites des interventions nécessaires ont des coûts considérables pour les systèmes de santé. Une grande partie du coût va à la prise en charge de femmes qui finalement ne recevront pas la prophylaxie antirétrovirale.

Figure 1. Pourcentage de femmes consultant pour des soins prénatals et qui reçoivent une prophylaxie antirétrovirale



Les résultats indiquent qu'une faible réduction en pourcentage de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes entraînerait une réduction similaire à celle observée dans l'approche de référence, et ce, dans chacun des pays. Ainsi, en Côte d'Ivoire, une réduction de la prévalence du VIH de 10 à 9% chez les femmes permettrait d'obtenir le même nombre de cas d'infections à VIH prévenus chez l'enfant que dans le scénario de référence. La prévention primaire présente un avantage supplémentaire en ce sens qu'elle conduit également à une baisse du nombre de cas de VIH chez les adultes.

De la même manière, une réduction modérée du nombre de grossesses chez les femmes infectées par le VIH entraînerait une réduction équivalente du nombre d'infections chez les enfants. Ainsi, au Botswana, le nombre de grossesses chez les femmes infectées devrait baisser de 11% pour obtenir une réduction du nombre d'infections chez les enfants identique à celle obtenue par la prophylaxie antirétrovirale.

Les résultats montrent que, dans les conditions actuelles de mise en œuvre, les interventions visant spécifiquement à pré-

venir l'infection à VIH chez l'enfant, notamment par le recours à la prophylaxie antirétrovirale, n'ont qu'un impact limité. L'efficacité d'approches programmatiques faisant appel à l'utilisation des antirétroviraux doit être améliorée, notamment en augmentant le recours aux services et l'adhésion par les clients potentiels, et en élaborant et en utilisant des schémas thérapeutiques plus efficaces. Toutefois, il faudrait également veiller à ce que les femmes ayant besoin d'interventions soient moins nombreuses.

Les participants ont convenu que seule une approche globale comportant des services de prévention primaire et de santé génésique pour les femmes infectées par le VIH devrait pouvoir conduire à une réduction de l'infection à VIH chez l'enfant. Cette approche implique de lourds investissements dans les systèmes de santé afin de répondre aux contraintes d'ordre programmatique et offrir de manière effective une variété d'interventions à ceux qui en ont besoin.

3. De la nécessité d'une approche globale

3.2 L'expérience des programmes

Les exposés de cinq pays (Afrique du Sud, Brésil, Côte d'Ivoire, Thaïlande et Ukraine) sur les progrès et les obstacles à la mise en œuvre des programmes de prévention de l'infection à VIH chez l'enfant ont contribué à enrichir les discussions.

Ces dernières années, ces pays ont intensifié leurs activités programmatiques mais les progrès réalisés ont été divers et ils ne sont pas aux mêmes stades de mise en œuvre. La Thaïlande et le Brésil sont les deux pays qui ont consenti le plus d'efforts pour que toutes les femmes enceintes vivant avec le VIH puissent bénéficier des services. La Thaïlande a maintenant atteint un niveau de couverture très élevé de prescription de la prophylaxie antirétrovirale chez les femmes enceintes VIH-positives pour prévenir la transmission du VIH aux enfants. Au Brésil, bien que la couverture soit en augmentation, elle varie considérablement d'une région à l'autre et la couverture moyenne au niveau national est de l'ordre de 40 %. L'Ukraine est actuellement dans une phase de passage à l'échelle au niveau national. D'autres pays envisagent actuellement de passer rapidement du stade de projets pilotes à une mise en œuvre à grande échelle.

L'organisation des services de santé et la capacité de mise en œuvre des programmes diffèrent d'un pays à l'autre. Toutefois, certains problèmes communs sont à relever. Dans les pays concernés, le recours aux services de soins prénatals est généralement élevé; toutefois, dans tous ces pays, une proportion variable de femmes à risque ont un accès réduit aux soins prénatals et aux services de prise en charge du VIH/SIDA, pour plusieurs raisons. L'intégration généralisée du conseil et de dépistage volontaire du VIH dans les services de soins prénatals présente plusieurs difficultés. Dans de nombreuses régions, même lorsqu'ils existent, les services de conseil et de dépistage volontaire du VIH sont peu utilisés. En outre, des femmes acceptant le dépistage du VIH, la proportion de celles diagnostiquées séropositives et qui bénéficient de services spécifiques pour prévenir la transmission du VIH à leur enfant est insuffisante, du moins dans les pays d'Afrique où les infrastructures sont peu développées et le personnel réduit. Le soutien communautaire au programme est souvent inadéquat et la stigmatisation et la discrimination demeurent des obstacles majeurs à l'utilisation des services offerts.

Dans la plupart des pays, l'accent est essentiellement mis sur les interventions spécifiques pour prévenir la transmission du VIH de la femme enceinte infectée par le VIH à son enfant, même si d'autres aspects sont entrain d'être développés et des actions sont de plus en plus menées pour lier davantage les différentes composantes programmatiques. C'est ainsi qu'en Thaïlande, on cherche à renforcer la prévention primaire par l'amélioration des services de prévention du VIH dans les services de soins pré

et postnatals pour les femmes VIH-négatives et leurs partenaires. Au Brésil, des liens sont établis avec les programmes de soin, de traitement et de soutien pour les personnes vivant avec le VIH. Cependant, la plupart des pays ne parviennent toujours pas à améliorer l'accès des femmes VIH-positives aux services de santé génésique, notamment de planification familiale après l'accouchement.

L'importance d'un environnement politique favorable a été soulignée. Un soutien politique au plus haut niveau et des ressources suffisantes ont été reconnus comme éléments cruciaux pour un passage à l'échelle effectif. Pour que les approches programmatiques, les politiques et les directives techniques relatives à des questions difficiles telles que l'alimentation du nourrisson dans le contexte du VIH soient cohérentes, il faut établir des partenariats forts entre les différentes institutions de mise en œuvre et des liens inter-sectoriels. Des programmes ayant été menés avec succès comme ceux mis en œuvre en Thaïlande et au Brésil, ont bénéficié d'un soutien politique au plus haut niveau et ont su adapter leurs approches stratégiques en réponse aux résultats de la recherche et de l'évaluation pour mieux répondre aux conditions locales, résoudre les problèmes de mise en œuvre et trouver des réponses novatrices aux nouveaux défis tel qu'un accès accru aux soins pour les personnes vivant avec le VIH.

4. Les éléments d'une stratégie globale

Les participants ont fait le point sur les principales composantes d'une stratégie globale de prévention de l'infection à VIH chez l'enfant. Les principales conclusions des sessions plénières et des travaux de groupe sont résumées ci-dessous.

4.1 Prévention primaire de l'infection à VIH

Il a été généralement admis que la prévention primaire est une composante fondamentale de l'effort mondial de prévention de l'infection à VIH chez l'enfant, comme requis par l'objectif fixé lors de la session extraordinaire de l'Assemblée Générale de l'Organisation des Nations Unies consacrée au VIH/SIDA. Le modèle décrit à la section 3.1 indique que la prévention de l'infection à VIH chez la femme est une approche efficace pour prévenir la transmission secondaire à l'enfant et présente plusieurs autres avantages importants pour l'ensemble de la population. L'augmentation constante du nombre de femmes infectées par le VIH observée dans de nombreuses régions du monde pourrait rapidement annihiler les capacités à offrir des services spécifiques pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH.

Les participants ont réaffirmé que la prévention primaire est efficace si elle est correctement appliquée à une échelle suffisante (comme cela a été démontré en Thaïlande et en Ouganda, pays qui ont également investi dans des programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH). Les données présentées par la Thaïlande indiquent que le succès obtenu quant à la réduction du nombre d'enfants infectés par le VIH peut être attribué à la fois aux importants efforts de prévention primaire qui ont permis de réduire la prévalence du VIH chez les femmes en âge de procréer et aux initiatives spécifiques engagées pour prévenir la transmission du VIH d'une mère infectée à son enfant.

Les priorités en matière de prévention de l'infection à VIH chez le nourrisson et le jeune enfant ont été discutées, notamment dans les domaines suivants.

Plaidoyer pour l'extension et l'intensification des efforts de prévention de l'infection à VIH

Les personnes engagées dans la prévention de la transmission mère-enfant du VIH doivent mettre l'accent sur l'importance de prévenir l'infection chez les femmes (particulièrement chez les jeunes femmes, chez lesquelles le taux de fertilité aussi bien que la prévalence du VIH sont élevés) et leurs partenaires tout en mettant en exergue le lien étroit entre la prévention primaire (ou son absence) et le nombre d'infections chez l'enfant. Les

hommes et les femmes concernés pourront bénéficier des services de prévention eux-mêmes d'abord, ce qui leur évitera de transmettre le virus à leur entourage, par voie sexuelle ou à l'occasion d'échanges de seringues, et à leurs enfants. Les bénéfices attendus au niveau de la population sont considérables. La prévention de l'infection à VIH chez l'enfant doit donc être placée dans le contexte des programmes de prévention du VIH destinés aux femmes, particulièrement aux jeunes femmes, et à leurs partenaires. Les participants ont examiné un certain nombre d'approches programmatiques qui se sont révélées utiles à cet égard, comme la promotion de la double protection¹⁰ dans le cadre des services de planification familiale, particulièrement dans les zones où la prévalence des infections sexuellement transmissibles, y compris du VIH, est élevée.

Renforcement des liens entre les programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH et les autres activités de prévention

Il faut explorer et évaluer toutes les possibilités de renforcement des services de prévention primaire dans le cadre des programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH.

La prestation de services de conseil et le dépistage du VIH dans le cadre des soins prénatals offre l'opportunité unique d'identifier les femmes non infectées et de les encourager et soutenir à le rester. Même dans les zones à forte prévalence, la plupart des femmes qui ont recours aux soins prénatals se révéleront VIH-négatives et pourront bénéficier des services de prévention.

La prévention du VIH chez l'enfant peut constituer une opportunité pour une approche globale d'offre de services de prévention et de soins pour les groupes vulnérables et marginalisés, tels que les utilisateurs de drogue par voie intraveineuse, les jeunes de la rue ou les travailleurs du sexe. Par exemple, dans de nombreux pays d'Europe, les femmes infectées par le VIH sont le plus souvent des toxicomanes par voie intraveineuse ou des partenaires de toxicomanes par voie intraveineuse. Les services qui leur sont destinés, tels que la désintoxication ou les autres formes de soins doivent être renforcés et liés entre eux et aux autres services existants, tels que les soins de santé génésique, afin de prévenir la transmission de l'infection à VIH liée à la toxicomanie aux enfants.

¹⁰ Approche qui vise à réduire le risque de grossesse non désirée et d'infections sexuellement transmissibles, dont le VIH, soit par l'utilisation du préservatif masculin ou féminin, qui peut offrir une protection contre les deux risques, soit par l'utilisation simultanée d'un préservatif et d'un contraceptif.

4. Les éléments d'une stratégie globale

Mettre un accent particulier sur la prévention du VIH au cours de la grossesse et de l'allaitement

Dans le domaine de la prévention du VIH, les femmes enceintes et allaitantes ne sont généralement pas considérées comme un groupe cible important. Cependant, la charge virale et l'infectiosité étant plus importantes au premier stade de l'infection, en cas d'infection primaire à VIH au cours de la grossesse et de l'allaitement au sein, chose fréquente dans certaines régions, le risque de transmission du virus de la mère à l'enfant est plus important.

Les femmes sont alors généralement incitées à prendre des mesures pour réduire le risque d'infection à VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles au cours de la grossesse et de l'allaitement, notamment dans les régions où la prévalence et l'incidence de l'infection à VIH sont fortes. Cependant, dans ce domaine, peu d'expériences ont été rapportées sur lesquelles on peut se baser pour des directives précises et l'utilisation du préservatif pendant la grossesse en particulier n'est pas pratique courante. Aussi, davantage d'informations sont nécessaires sur l'importance de la transmission mère-enfant suite à une infection primaire au cours de la grossesse et de l'allaitement dans différentes situations, et sur les approches pour la prévenir. Les hommes et les femmes seront probablement plus enclins à adopter des mesures de prévention du VIH s'ils sont informés du risque accru de transmission verticale pendant cette période et à se protéger et protéger leur enfant.

Promouvoir l'implication des hommes

Le poids, en matière de prévention de la transmission mère-enfant du VIH, ne doit pas reposer seulement sur l'épaule des femmes. Il faut saisir toutes les opportunités pour atteindre, motiver et soutenir les hommes pour qu'ils changent de comportement. Les programmes de prévention de l'infection à VIH chez l'enfant peuvent offrir ces opportunités à travers la formation et la mobilisation communautaire, l'information sur les voies de transmission, la promotion du conseil et dépistage du VIH et le soutien pour le changement de comportement. Comme mentionné plus haut, les connaissances sur la transmission mère-enfant du VIH peuvent constituer un facteur de motivation des hommes et des femmes. Quelques données (quoique limitées) indiquent que les hommes seraient prêts à utiliser le préservatif lorsque leur partenaire est enceinte ou qu'elle allaite, en dehors de toute considérations relatives à l'enfant. Ce changement de comportement pourrait constituer le fondement pour une prévention à plus long terme.

4.2 Prévention des grossesses non désirées chez les femmes infectées par le VIH

La prévention des grossesses non désirées chez les femmes infectées par le VIH pourrait contribuer significativement à la prévention de l'infection chez l'enfant, quoique cet élément de la stratégie ne soit souvent pas pris en compte. Les participants ont examiné les approches qui méritent de retenir l'attention.

Renforcement des programmes de planification familiale, notamment dans les pays à forte prévalence

Les besoins en matière de planification familiale sont en grande partie non satisfaits, notamment en Afrique subsaharienne où la combinaison d'un taux de fécondité et d'une prévalence du VIH élevés à pour résultante un taux élevé d'infection chez l'enfant. Les programmes de planification familiale doivent être renforcés afin que toutes les femmes puissent bénéficier de soutien et de services pour prévenir les grossesses non désirées. Dans les pays en développement, la plupart des femmes infectées par le VIH ne savent pas leur statut VIH. Bien que des efforts soient nécessaires pour le passage à l'échelle des programmes de conseil et dépistage du VIH, un plus grand accès de toutes les femmes aux programmes de planification familiale permettra d'atteindre beaucoup d'entre celles qui sont infectées par le VIH et qui ne savent pas leur statut VIH et qui ont besoin des services de planification familiale.

Accroître l'accès des clients des services de planification familiale au conseil et dépistage du VIH

Il faut que les clients de la planification familiale aient plus facilement accès au dépistage et au conseil, notamment dans les pays à forte prévalence. Il faut pour cela intégrer le conseil et dépistage du VIH aux services de planification familiale ou créer des liens avec des services externes de conseil et dépistage. Cela permettra d'adapter les services de planification familiale aux risques spécifiques liés au VIH et aux besoins des clients. Ainsi, les prestataires de services peuvent aider de manière optimale les femmes non encore infectées et à risque à ne pas contracter l'infection en les incitant à recourir à la double protection. Les services de planification familiale peuvent également identifier les femmes déjà infectées qui ont besoin de soins et d'un soutien spécifiques, y compris des conseils sur leurs choix en matière de procréation.

Offrir aux femmes infectées par le VIH des services respectant leurs choix en matière de procréation

Les services de soins et de soutien pour les femmes infectées par le VIH doivent inclure des conseils en matière de santé génésique afin qu'elles puissent faire des choix éclairés en matière de procréation et qu'elles soient soutenues dans leurs décisions.

Un accès plus large au conseil et au dépistage permettrait à davantage de femmes de savoir leur statut VIH à temps afin de choisir d'avoir ou non des enfants et à quel moment. Pour celles chez qui l'infection à VIH n'est diagnostiquée qu'en début de grossesse, le conseil post-test devrait comporter une information exhaustive sur le risque de transmission mère-enfant et sur les interventions disponibles pour réduire ce risque. Le cas échéant, dans les pays où cela est légal et où cela peut-être fait en toute sécurité une interruption de grossesse peut être discutée comme option sans coercition et en apportant le soutien nécessaire (comme pour les autres femmes, quel que soit leur statut VIH). Quand la grossesse est plus avancée et après l'accouchement, les femmes infectées doivent bénéficier des services de planification familiale et de conseils afin de pouvoir prendre des décisions dans le but d'éviter ou de retarder les grossesses futures. Malheureusement, les programmes de prévention de la transmission mère-enfant intégrant pleinement les services de conseil et de planification familiale adaptés au patient constituent l'exception. Dans certains pays, on a adopté une approche coercitive et les prestataires de soins imposent aux femmes infectées par le VIH l'interruption de grossesse, la ligature des trompes ou d'autres interventions. Dans d'autres pays, ces femmes n'ont tout simplement pas accès aux services de planification familiale.

Il s'avère nécessaire d'intégrer davantage la prise en charge du VIH dans les services de santé génésique en général et dans ceux de planification familiale en particulier. Il faut pour cela que les prestataires de services de santé génésique, y compris ceux intervenant dans des organisations non gouvernementales et dans le secteur privé, soient sensibilisés aux problèmes épineux posés par le VIH/SIDA et soient guidés et conseillés pour y faire face. De même, les prestataires des services de santé qui participent aux programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH doivent également être formés à la planification familiale.

Ofrir des méthodes contraceptives sûres et efficaces aux femmes infectées par le VIH

Les recommandations actuelles¹¹ indiquent que les femmes qui vivent avec le VIH peuvent, en principe, avoir recours à toutes les méthodes de contraception utilisées par les femmes non infectées. Cependant, les dispositifs intra-utérins doivent être utilisés avec précaution car ils sont déconseillés pour les femmes chez qui il existe des risques d'infections sexuellement transmissibles. Par ailleurs, dans certaines situations, il faut également tenir compte des interactions potentielles entre les contraceptifs hormonaux et les médicaments antirétroviraux.

En outre, les femmes sexuellement actives vivant avec le VIH doivent toujours être incitées à ne pas avoir de rapports sexuels sans préservatif, pour se protéger de nouvelles infections sexuellement transmissibles et pour limiter la transmission à leur(s) partenaire(s) sexuel(s). À cet égard, les participants ont également débattu de la manière dont on a élargi dans certains pays, notamment en Afrique, le concept de double protection, maintenant appliqué à des femmes dont on sait qu'elles sont infectées par le VIH, non pas tant pour réduire le risque de contracter d'autres infections sexuellement transmissibles que pour réduire le risque de transmission à d'autres personnes.

4.3 Prévention de la transmission du VIH des mères infectées à leurs enfants

Il a été identifié un paquet d'interventions permettant de prévenir la transmission du VIH d'une mère infectée à son enfant. Ce paquet inclus l'utilisation d'antirétroviraux, les pratiques d'accouchement à moindre risque et le conseil et le soutien en matière d'alimentation du nourrisson. Le conseil et le dépistage volontaire jouent dans ce domaine également un rôle prépondérant, car il permet aux mères de savoir en temps utile leur statut VIH et de bénéficier au mieux de ces interventions. Toutefois, ces interventions, bien qu'elles aient permis de diminuer fortement la transmission mère-enfant du VIH dans la plupart des systèmes de santé avancés, sont confrontées dans leur mise en œuvre à de nombreuses difficultés dans les pays à ressources limitées.

Interventions spécifiques pour réduire la transmission mère-enfant du VIH

*Utilisation de médicaments antirétroviraux.*¹² On a montré qu'un certain nombre de régimes thérapeutiques – à base de zidovudine et de lamivudine, ou de névirapine ou des associations utilisées dans les traitements antirétroviraux hautement actifs (HAART) – permettaient de réduire notablement la transmission mère-enfant du VIH. Le choix du régime thérapeutique doit se faire localement en prenant en compte sa faisabilité, son efficacité et son coût.

Pratiques d'accouchement à moindre risque. On a montré que la césarienne permettait de réduire le risque de transmission pendant l'accouchement. Cependant, dans les pays à ressources limitées, cette intervention pourrait ne pas être appropriée parce que pas de pratique courante, en raison de son coût et des risques de complications. Les procédures obstétricales invasives, telles que la rupture artificielle des membranes ou

¹¹ Pour un meilleur accès à des soins de qualité en matière de planification familiale : critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives (http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_RHR_00.02.pdf), 2e éd., Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.

¹² WHO. New data on the prevention of mother-to-child transmission of HIV and the policy implications: conclusions and recommandations.

WHO technical consultation on the behalf of the UNFPA/UNICEF/WHO/UNAIDS Inter-Agency Task Team on Mother-to-child Transmission of HIV.

4. Les éléments d'une stratégie globale

l'échantillonnage du sang du scalp foetal et l'épisiotomie, peuvent accroître le risque de transmission au nouveau-né. Aussi, elles ne doivent être pratiquées qu'en cas d'absolue nécessité.

*Conseil et soutien en matière d'alimentation du nourrisson.*¹³ Toutes les mères infectées par le VIH devraient bénéficier de conseils et notamment d'informations sur les risques et avantages des différentes options d'alimentation de leur enfant et devraient être guidées dans le choix de la meilleure option par rapport à leur situation individuelle. Lorsqu'il existe une alimentation de substitution acceptable, faisable, accessible financièrement, durable et saine il est recommandé aux mères infectées d'éviter tout allaitement au sein. Dans le cas contraire, l'allaitement exclusif au sein est recommandé pendant les premiers mois de la vie. Pour réduire au maximum le risque de transmission du VIH, l'allaitement au sein devrait être arrêté dès que possible en prenant en compte le contexte local, la situation de la mère et les risques liés à l'alimentation de substitution.

Des exemples provenant de plusieurs pays ont permis de faire ressortir les principaux problèmes. Pendant des années, le coût des médicaments antirétroviraux a été considéré comme le principal obstacle à la mise en œuvre à large échelle des programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Aujourd'hui, la négociation de prix plus bas, la production de génériques dans certains pays en développement et les dons en grandes quantités ont permis d'améliorer énormément l'accès aux antirétroviraux pour les programmes de prévention de la transmission mère-enfant. Cependant, de nombreux obstacles demeurent, dont le plus important est probablement l'incapacité des systèmes de santé dans certains des pays les plus durement touchés à offrir les interventions nécessaires. Dans de nombreux pays, l'accès aux soins anténatals ou obstétricaux et leur utilisation sont limités. Ainsi, le pourcentage de femmes bénéficiant de soins prénatals, défini comme une consultation au moins, varie en Afrique de 20 % à 99 %, avec une moyenne de 62 %. Le pourcentage de femmes accouchant avec l'aide d'une personne qualifiée varie de 2 % à 99 %, avec une moyenne de 36%. De nombreuses femmes n'ont donc pas accès aux services de santé et ne peuvent donc pas bénéficier des interventions clef.

En outre, de nombreux pays dont les besoins sont énormes disposent de peu de services de conseil et de dépistage du VIH -par ailleurs peu utilisés- essentiels pour que les femmes se présentant pour les soins anténatals puissent savoir leur statut sérologique VIH et avoir recours aux interventions spécifiques en matière de prévention et de soins le cas échéant. De plus, les per-

sonnes testées séropositives pour le VIH ne reçoivent pas toutes les résultats du test, et le paquet d'interventions disponibles n'est pas systématiquement offert à toutes celles ayant reçu leur résultat, certaines d'entre elles n'acceptant d'ailleurs pas ces interventions. Les données provenant de projets pilotes semblent indiquer que ces problèmes tiennent à la fois de l'incapacité des systèmes de santé à offrir les services nécessaires et de la réticence des femmes à y avoir recours.

Finalement, rendre l'allaitement au sein plus sûr demeure un défi majeur, particulièrement dans les régions où l'alimentation de substitution n'est pas une solution acceptable, faisable, accessible financièrement, saine et durable pour toutes les mères. Il faut s'attaquer d'urgence à plusieurs problèmes. Les responsables politiques, les administrateurs de programme et les agents de santé ont besoin de meilleures directives et outils pour élaborer des politiques et des programmes de nutrition du nourrisson adaptés au contexte du VIH et pour conseiller et aider les mères. Il faut explorer les possibilités pratiques et abordables d'alimentation de substitution au niveau local afin de guider les choix des mères. Il faut évaluer la relation entre les taux de transmission mère-enfant du VIH et les différents modes de nutrition du nourrisson, y compris l'allaitement exclusif au sein afin d'estimer les progrès accomplis. Tous les efforts doivent être conjugués pour éviter que les programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH n'aient un impact négatif sur les pratiques d'allaitement des femmes non infectées ou de celles qui ne connaissent pas leur statut VIH.

Ces difficultés doivent être surmontées afin que les interventions nécessaires à la prévention de la transmission mère-enfant du VIH puissent être menées à bien et être disponibles à grande échelle. Parallèlement, de plus amples recherches sont nécessaires pour élaborer des schémas thérapeutiques plus efficaces applicables dans les pays à ressources limitées. Les participants ont souligné que les traitements prophylactiques antirétroviraux actuellement utilisés dans les pays en développement ne devraient permettre d'éviter que la moitié environ des cas de transmission péri-partum même s'ils étaient correctement administrés à toutes les femmes vivant avec le VIH. Par ailleurs, ces régimes prophylactiques n'auraient qu'un impact limité sur la transmission post-natale du VIH par le biais de l'allaitement au sein.

¹³ WHO. New data on the prevention of mother-to-child transmission of HIV and the policy implications: conclusions and recommendations WHO technical consultation on the behalf of the UNFPA/UNICEF/WHO/UNAIDS Inter-Agency Task Team on Mother-to-Child Transmission of HIV, Genève, 11-13 octobre 2000. WHO/RHR/01.28.

4.4 Prise en charge des mères infectées par le VIH et de leurs enfants

Les participants ont reconnu que les programmes de prévention de la transmission du VIH chez le nourrisson et le jeune enfant devraient permettre d'identifier de nombreuses femmes qui vivent avec le VIH et qui ont de ce fait besoin de soins particuliers. Un renforcement des liens entre les programmes de prévention et de soins permettra à ces femmes et à leurs enfants d'avoir accès aux services de soins dont ils ont besoin.

Les soins sont la suite logique des programmes de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant d'autant plus que de nombreuses mères demandent d'abord « qu'est-ce que vous pouvez faire pour mon enfant ? » mais attendent immédiatement après qu'on leur vienne en aide à elles aussi. Les participants à la réunion ont invité l'OMS à faire des soins aux femmes et à leurs enfants une composante majeure des programmes de prévention de l'infection à VIH chez le nourrisson et le jeune enfant pour les raisons suivantes :

- ▀ Les programmes de prévention de l'infection à VIH chez le nourrisson offrent l'opportunité d'identifier des femmes infectées par le VIH qui devraient avoir accès aux programmes de soins, de traitement et de soutien à long terme. D'un point de vue humanitaire, il est inconcevable de proposer un traitement prophylactique antirétroviral de courte durée pour sauver un enfant et de refuser à la mère des soins de base et le cas échéant, un traitement antirétroviral.
- ▀ Les soins, le traitement et le soutien de la mère contribuent à préserver la santé et le développement de l'enfant car comme le montre l'expérience, la survie de l'enfant (même s'il n'est pas infecté) est compromise lorsque la mère décède .
- ▀ Offrir des soins aux mères devrait permettre d'accroître le recours aux services de conseil et dépistage, aux ser-

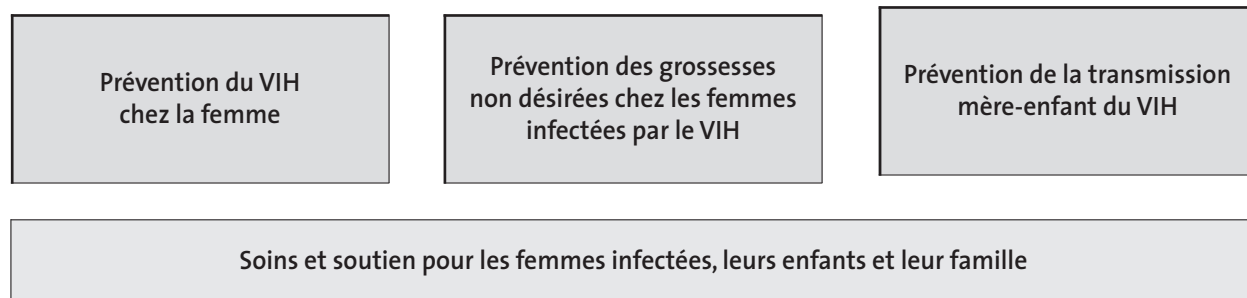
vices de prévention de la transmission du VIH au nourrisson et par conséquent, l'efficacité de ces programmes. L'expérience du Brésil a montré qu'un engagement fort pour des soins aux mères accroît l'utilisation et le soutien aux services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH.

- ▀ Le suivi et des soins sont nécessaires pour les enfants nés de mères infectées, étant donné qu'ils sont à haut risque et que certains d'entre eux seront infectés et nécessiteront des soins et un soutien spécifiques,
- ▀ Enfin, la fourniture d'un traitement antirétroviral hautement actif (HAART) aux femmes, chez qui celui-ci est indiqué, permet de réduire la charge virale et par conséquent de diminuer la transmission péripartum et probablement la transmission par l'allaitement au sein davantage que par un traitement prophylactique, ceci augmentant l'efficacité de l'intervention. Des recherches sont actuellement en cours dans ce domaine.

Il a donc été proposé d'inclure les soins et le soutien aux mères, à leurs enfants et à leur famille comme la quatrième composante de la stratégie de prévention de l'infection à VIH chez le nourrisson et le jeune enfant. Cette inclusion amenant à passer d'une stratégie à trois piliers à la définition d'un cadre de travail axé sur quatre pierres angulaires.

Bien que cette proposition ait été généralement bien accueillie, certains participants ont fait remarquer qu'une intégration immédiate des soins, du traitement et du soutien pour les mères et leur famille dans tous les programmes de prévention du VIH chez le nourrisson pourrait réduire les appuis en faveur de ces programmes en raison des ressources limitées et de l'accès inégal aux antirétroviraux. La meilleure façon d'inciter les pouvoirs publics à agir peut être de proposer une approche progressive selon laquelle le but premier des programmes de prévention serait de lier les soins, le traitement et le soutien pour enfin les intégrer à plus long terme.

Cadre de l'approche globale de prévention du VIH chez le nourrisson et le jeune enfant



5. Domaines d'action prioritaires de l'OMS

Aujourd'hui, le passage à l'échelle des programmes de réduction de l'infection à VIH chez le nourrisson suscite énormément d'intérêt au niveau international. Au deuxième jour de la réunion, les participants ont principalement débattu de la contribution de l'OMS à l'atteinte des objectifs de la session extraordinaire de l'Organisation des Nations Unies consacrée au VIH/SIDA relatifs à la prévention de l'infection à VIH chez le nourrisson et le jeune enfant. Les participants ont donné à l'OMS des indications spécifiques quant aux activités qu'elle pourrait entreprendre dans le cadre de son mandat, de ses orientations stratégiques et de ses principales fonctions.

5.1 Fonctions fondamentales

Les fonctions fondamentales, le rôle spécifique et les responsabilités de l'OMS dans le cadre de l'initiative mondiale inter-Agences du système des Nations Unies pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, tels qu'approuvés par le Comité de Coordination OMS/UNICEF/FNUAP sur la santé en 1999, ont été rappelés pour orienter les débats (encadré 1 et 2). Dans ce cadre, l'OMS joue un rôle normatif en contribuant à l'examen des avancées scientifiques en matière de prévention de la transmission mère-enfant du VIH, en déduisant les implications pour le développement de programmes et de politiques, en apportant une assistance technique à la conception et à la mise en œuvre de programmes en mettant l'accent sur les interventions clés et les approches de gestions pour la mise en œuvre dans le cadre des systèmes de santé publique .

Encadré 1. Fonctions fondamentales de l'OMS

- Elaboration de politiques cohérentes fondées sur des bases factuelles et ayant une dimension éthique; défense et promotion de ces politiques
- Gestion de l'information, examen des tendances et comparaison des performances des systèmes de santé
- Elaboration de l'agenda pour et stimulation de la recherche et le développement
- Promotion du changement par un appui technique et politique de manière à encourager l'action et à renforcer les capacités nationales à long terme dans le secteur de la santé
- Etablissement et maintien de partenariats nationaux et mondiaux
- Fixation des normes et standards et validation et suivi de leur mise en œuvre
- Aide à la mise en place et à l'évaluation de nouvelles technologies, de nouveaux outils et de nouvelles directives pour la lutte contre les maladies, la réduction des risques, la gestion des services de santé et des prestations de services

5. Domaines d'action prioritaires de l'OMS

Encadré 2. Rôle de l'OMS au sein de l'initiative mondiale inter-Agences de l'Organisation des Nations Unies pour la lutte contre le SIDA

- Fournir un appui technique et identifier les lacunes de l'agenda mondial en matière de recherche et promouvoir la recherche nécessaire pour y remédier
- Examiner et diffuser les informations relatives aux avancées scientifiques en matière de transmission mère-enfant du VIH
- Elaborer des normes techniques et des standards
- Apporter un appui technique pour des actions locales et le renforcement des capacités
- Promouvoir l'intégration au sein des systèmes de santé des interventions visant à réduire la transmission mère-enfant du VIH
- Apporter un appui technique pour le suivi et l'évaluation des interventions de prévention de la transmission mère-enfant du VIH
- Renforcer la surveillance mondiale des tendances observées en matière de transmission mère-enfant du VIH
- Mettre à jour les politiques et stratégies en matière de médicaments afin de promouvoir l'accès aux médicaments utilisés dans le cadre de l'infection à VIH et les fournitures essentielles.

Source : *Global Interagency Initiative for the Reduction of Mother-to-Child Transmission of HIV. WHO/UNAIDS/UNICEF/UNFPA Coordinating Committee on Health, 2-3 December 1999. Geneva, World Health Organization, 1999.*

5.2 Actions spécifiques

Les participants ont fait un certain nombre de recommandations quant aux actions que l'OMS devrait mener en collaboration avec ses partenaires.

Promotion d'une approche stratégique globale de la prévention du VIH chez le nourrisson

Les participants ont encouragé l'OMS à promouvoir activement les quatre volets cruciaux de l'approche stratégique pour la prévention du VIH chez le nourrisson dont il a été question au cours de la réunion.

L'OMS étant engagée dans le soutien de politiques et de programmes de tout bord, elle s'avère de ce fait être un avocat de premier ordre pour des orientations stratégiques plus globales et plus efficaces.

Il faut notamment mettre l'accent sur l'importance de la prévention primaire pour atteindre les objectifs fixés lors de la session extraordinaire de l'Assemblée Générale de l'Organisation des Nations Unies consacrée au VIH/SIDA. Il faut reconnaître que le nourrisson et le jeune enfant sont à risque d'infection par leur mère parce que l'on n'est pas parvenu préalablement à protéger les femmes et leurs partenaires de l'infection à VIH. Cependant, les femmes infectées en dépit

des efforts de prévention doivent avoir accès à un éventail de services, notamment aux soins de santé génésique, à d'autres services de soins et de soutien, ainsi qu'aux services pour la prévention de la transmission du VIH à leur progéniture.

Des efforts considérables sont nécessaires pour mettre en œuvre les quatre volets de l'approche stratégique, tout en reconnaissant que les investissements consentis sur le troisième et le quatrième volets se justifient peut-être davantage du point de vue humanitaire que du seul point de vue économique. Pour trouver un juste compromis entre les différentes actions prioritaires, il faut analyser avec soin la situation épidémiologique et les caractéristiques et tendances en matière de prestation et d'utilisation des services et l'OMS a un rôle important à jouer dans le cadre de cette analyse.

Elaboration de bases factuelles et d'informations stratégiques pour la conception et la mise en œuvre des programmes

Sur un certain nombre de questions telles que l'innocuité de la contraception hormonale chez la femme infectée par le VIH, l'impact du traitement antirétroviral prophylactique au cours de la grossesse sur les options thérapeutiques futures pour les femmes et l'efficacité des approches visant à réduire

la transmission du VIH par l'allaitement au sein, les connaissances sont encore très lacuneuses. L'OMS doit continuer à examiner et à analyser les avancées rapides de la recherche clinique et épidémiologique dans ce domaine et doit veiller à développer le consensus sur les nouvelles orientations et méthodes de recherche car sa contribution est très précieuse.

Ce rôle devrait également s'étendre au recueil des données sur la contribution des quatre volets de la stratégie de réduction de l'infection à VIH chez le nourrisson et le jeune enfant. Il faudra pour cela entreprendre des recherches plus poussées afin d'évaluer l'efficacité et le coût des programmes et de définir les améliorations nécessaires dans le cadre de la mise en œuvre de ces programmes. L'OMS doit également davantage stimuler ou soutenir plus activement la recherche opérationnelle sur des questions importantes telles que les approches en matière de prestation de service pour améliorer l'utilisation des services de conseil et dépistage volontaires dans le cadre des soins anténatals, le conseil et le soutien en matière d'alimentation du nourrisson et le soutien aux mères infectées par le VIH.

L'OMS doit également continuer de participer aux démarches globales de collecte de données sur l'infection à VIH chez le nourrisson et ce notamment dans le cadre du suivi des progrès entrepris dans l'atteinte des objectifs de la session extraordinaire de l'Assemblée Générale de l'Organisation des Nations Unies consacrée au VIH/SIDA. Des activités sont actuellement en cours pour définir les informations à collecter dans le cadre du suivi et de l'évaluation, pour créer un consensus autour d'une série d'indicateurs de base et pour la mise en place de systèmes de collecte, d'analyse et de diffusion des données. L'Organisation doit aussi, avec ses partenaires, documenter et rapporter les expériences dans les pays, en tirer les enseignements et faire connaître les bonnes pratiques.

Fournir un appui technique

Les participants ont également vivement encouragé l'OMS à continuer de fournir un appui technique pour des aspects critiques relatifs à la prévention du VIH chez le nourrisson et le jeune enfant sur la base des connaissances du moment. Ils ont toutefois fait remarquer que les documents importants devaient être plus largement diffusés étant donné qu'un grand nombre d'entre eux ne parvenaient pas au public cible. L'OMS et ses partenaires doivent prêter attention à plusieurs des problèmes qui ont été discutés. Les points suivants requièrent un appui technique d'urgence:

- ▀ conseil et dépistage du VIH y compris les modèles adaptés aux services de planification familiale et de soins anténatals, et l'utilisation de tests rapides dans ces services;
- ▀ interventions péripartum pour prévenir la transmission mère-enfant, notamment le choix et l'utilisation

de traitements antirétroviraux sûrs et efficaces, les approches à adopter dans certaines situations particulières (par exemple, les femmes se présentant en phase de travail, les toxicomanes et les adolescents) et les pratiques obstétricales à moindre risque, y compris la césarienne ;

- ▀ conseil et soutien en matière d'alimentation du nourrisson dans le cadre de la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Il s'agit notamment de la révision des recommandations actuelles pour les décideurs et les administrateurs de programme, l'élaboration d'outils pour guider les agents de santé pour la prise de décisions en matière d'options d'alimentation du nourrisson à recommander et l'élaboration d'outils de suivi et évaluation;
- ▀ suivi et diagnostic précoce de l'infection à VIH chez les enfants exposés;
- ▀ soins et soutien pour les femmes vivant avec le VIH, y compris des conseils nutritionnels notamment pour celles qui allaitent ; et
- ▀ soins et soutien pour les enfants infectés par le VIH.

Soutenir l'intégration des interventions dans les systèmes de santé

Les participants ont souligné que les diverses composantes de la stratégie ne devaient pas être considérées isolément. Elles présentent des liens étroits qui doivent être clairement identifiés étant donné qu'ils offrent des opportunités de synergie. Ainsi, le dépistage et le conseil peuvent permettre de renforcer les messages de prévention pour les femmes séronégatives. Les séances de conseil en matière d'alimentation du nourrisson pourraient être aussi l'occasion d'encourager les femmes à utiliser la méthode de planification familiale de leur choix. Les femmes infectées devraient être incitées à utiliser les interventions de prévention de la transmission du VIH au nourrisson comme un point d'accès à des soins, des traitements et à un soutien à long terme pour elles-mêmes et leur famille. L'intérêt que suscite présentement la prévention de la transmission mère-enfant du VIH devrait être utilisé comme une opportunité au niveau mondial d'améliorer globalement la santé de la mère et de l'enfant dans le contexte de la pandémie du VIH/SIDA. Pour que la synergie fonctionne de manière optimale, pour réduire les coûts et accroître rapidement la couverture, il s'avère nécessaire d'intégrer ces interventions dans les services de santé existants. Cela est d'autant plus nécessaire que le VIH devient actuellement une composante essentielle de programmes tels que La Maternité Sans Risque, la Planification Familiale et la Santé et le Développement de l'Enfant.

6. Conclusions

Les participants ont reconnu que, dans le domaine de la transmission mère-enfant du VIH, les choses évoluent vite et que les résultats de la recherche doivent être rapidement traduits en actions sur le terrain. La célérité avec laquelle les résultats de l'essai thérapeutique *évaluant le régime court de zidovudine*, rendus publics en 1998, ont été mis en pratique dans de nombreux systèmes publics de santé de pays en développement, avec le soutien des institutions spécialisées des Nations Unies et d'autres partenaires, a été remarquable. Les projets pilotes en Afrique et les programmes nationaux dans d'autres pays tels que le Brésil et la Thaïlande montrent que la transmission mère-enfant du VIH peut être prévenue. Le plus difficile est maintenant de porter ces initiatives à l'échelle dans les pays les plus touchés par le VIH/SIDA. Il faut pour cela rester informé des dernières découvertes scientifiques, s'appuyer sur les résultats obtenus, tirer les enseignements des erreurs commises et trouver des solutions novatrices aux problèmes courants de mise en œuvre.

Les participants ont souligné que les programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH sont souvent définis comme se limitant à l'administration d'un traitement antirétroviral prophylactique aux mères et aux nouveau-nés. Ils ont confirmé que seule une approche globale s'appuyant sur les quatre volets de l'approche stratégique permettrait probablement d'obtenir les résultats escomptés en termes de prévention de l'infection à VIH chez l'enfant, comme indiqué dans la déclaration d'engagement de la session extraordinaire de l'Assemblée Générale de l'Organisation des Nations Unies consacrée au VIH/SIDA. Les participants ont vivement recommandé d'inclure la quatrième composante, relative aux soins pour les mères infectées par le VIH et leurs enfants, dans la stratégie en trois volets qui à ce jour a reçu le soutien des institutions spécialisées des Nations Unies. Les participants ont fait des commentaires et des suggestions détaillés sur l'orientation et le contenu des quatre volets de la stratégie qui doivent servir de principes directeurs à l'élaboration de politiques et des programmes. Cependant, ils ont souligné que l'importance à accorder à chaque intervention doit être déterminée dans chaque pays en fonction des données épidémiologiques, des prestations de services et de l'utilisation de ceux-ci.

Enfin, les participants ont donné des indications à l'OMS quant au rôle qu'elle pourrait jouer et aux activités qu'elle pourrait entreprendre pour contribuer de manière optimale aux efforts mondiaux de prévention de l'infection à VIH chez l'enfant: Il s'agit notamment de soutenir l'intégration des principales interventions dans les systèmes de santé afin d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant.

Annexe 1 - Ordre du jour

20 mars 2002

Introduction	<i>Bernhard Schwartländer</i>
Présentation du programme de la réunion	<i>Isabelle de Zoysa</i>
Présentation des participants et de leurs attentes	<i>Doris Schopper</i>
Réception	
Dîner	

21 mars 2002

Comment prévenir efficacement l'infection à VIH chez l'enfant: approches stratégiques dans différents contextes

Exposé en plénière Engagements de la Session Extraordinaire de l'Assemblée Générale de l'Organisation des Nations Unies consacrée au VIH/SIDA en faveur de la réduction de l'infection à VIH chez le nourrisson La stratégie à trois volets de prévention de l'infection à VIH chez l'enfant	<i>Philippe Gaillard</i>
Travaux de groupes. Définition des éléments essentiels de chaque volet de la stratégie Groupe 1: prévention primaire du VIH, particulièrement chez la jeune femme Groupe 2: prévention des grossesses non désirées chez les femmes infectées par le VIH Groupe 3: intervention spécifiques visant à réduire la transmission du VIH des femmes infectées par le VIH à leurs enfants	<i>Tous les participants</i>
Exposé en plénière Contribution attendue de chaque volet de la stratégie à l'atteinte de l'objectif global dans les pays à ressources limitées? Présentation d'une approche modélisée	<i>Michael Sweat</i>
Débat en plénière Combiner les trois volets, créer des liens et des synergies pour que les démarches visant à réduire l'infection à VIH chez l'enfant soient optimales	<i>Tous les participants</i>

Annexe 1 - Ordre du jour

21 mars 2002

Approches stratégiques dans différents contextes

Exposé en plénière

Elaboration et mise en œuvre d'une stratégie de prévention de l'infection à VIH chez l'enfant à l'échelle du pays: interventions prioritaires et difficultés de mise en oeuvre

Exposés sur 5 pays

• Ukraine

Natalia Nizova

• Afrique du Sud

James McIntyre

• Côte d'Ivoire

René Ekpini

• Brésil

Marco Antônio de Ávila Vitória

• Thaïlande

Siripon Kanshana

Débat en plénière

Comment adapter la stratégie en trois volets aux différentes situations épidémiologiques et conditions de prestation de services

*Présentation de
Kevin O'Reilly*

22 mars 2002

Orientations futures et domaines d'action prioritaires de l'OMS pour 2002-2005

Exposé en plénière

Résumé des travaux de la veille et examen des questions pendantes

Jerry Hoosen Coovadia

Exposé en plénière

Mandat, orientations stratégiques et principales fonctions de l'OMS

Isabelle de Zoysa

Activités de groupe

Prévention de l'infection à VIH chez l'enfant: quelle devrait-être la contribution de l'OMS?

Tous les participants

Exposé en plénière des travaux de groupes:

Domaines d'action prioritaires de l'OMS pour 2002-2005

Tous les participants

Débat en plénière et synthèse

Jerry Hoosen Coovadia

Conclusion

Isabelle de Zoysa

Annexe2 - Participants

Marco Antônio de Ávila Vitória

Coordenação Nacional
de DST e Aids
Ministério da Saude
SQN 308, Bloco H, AP. 607
ASA Norte – Brasília/DF 70747-080

BRESIL

Hor Bun Leng

National Centre for HIV/AIDS, Dermatology and STI
170, Preah Sihanouk Blvd
Sangkat Boeng Korn 1
Khan Cham Karmorn
Phnom Penh

CAMBODGE

Jerry Hoosen Coovadia (Président)

Department of Paediatrics and Child Health,
Faculty of Medicine
University of Natal, Private Bag X7
Congella, 4013, Durban

AFRIQUE DU SUD

James Curran

Public Health Administration
Rollins School of Public Health
Emory University
1518 Clifton Road, NE, Room 820
Atlanta, GA 30322

ETATS-UNIS D'AMERIQUE

Carlos Huezo-Toledo

International Planned Parenthood Federation
Regent's College – Inner Circle
Regent's Park, London NW1 4NS

ROYAUME-UNI

Siripon Kanshana

Bureau of Health Promotion
Department of Health
Ministry of Public Health
Tivanond Road, Nonthaburi 11000

THAILANDE

Milly Katana

Health Rights Action Group
P.O. Box 40126
Kampala

OUGANDA**James McIntyre**

Perinatal HIV Research Unit
University of the Witwatersrand
Chris Hani Baragwanath Hospital
PO Bertsham
Johannesburg 2013

AFRIQUE DU SUD

Natalia Nizova

Odessa State Medical University
12 OPereulok Valichovsky
Odessa 270100

UKRAINE

Catherine Peckham

Epidemiology and Public Health
Institute of Child Health
30 Guilford Street
London WC1N 1EH

ROYAUME-UNI

Sunanda Ray

Southern Africa AIDS Information Dissemination Service
(SAfAIDS)
17 Beveridge Road, P.O. Box A 509
Avondale, Harare

ZIMBABWE

Doris Schopper (rapporteur)

Bahnhofstrasse 134
CH-8620 Wetzikon

SUISSE

Moses Sinkala

Lusaka District Health Management Board, Ministry of Health
9965 Makanta Close
Fairview, Lusaka

ZAMBIE

Michael Sweat

Division of Disease Control
Department of International Health
The Johns Hopkins University
School of Hygiene and Public Health
615 N. Wolfe Street, Room 7140
Baltimore, MD 21205-2179

ETATS-UNIS D'AMERIQUE

Annex 2 - Participants

INSTITUTIONS COLLABORATRICES

Dirk Buyse

Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation (EGPAF)
1730 Rhode Island Avenue, NW
Suite 400, Washington, DC 20036

ETATS-UNIS D'AMERIQUE

René Ekpini

Project RETRO-CI
US Centers for Disease Control and Prevention Global
AIDS Program
01 BP 1712
Abidjan 01

CÔTE D'IVOIRE

Sam Kalibala

Population Council
P.O. Box 17643
Nairobi

KENYA

AUTRES INSTITUTIONS SPECIALISEES DES NATIONS UNIES

ONUSIDA (Genève)

• Connie Osborne

Point focal pour la prévention de la transmission
mère-enfant du VIH et le conseil et dépistage volontaire

FNUAP (New York)

• Lynn Collins (absent)

Administrateur technique, prévention du VIH,
Groupe VIH/SIDA, Division Appui technique

UNICEF (New York)

• Doreen Mulenga

Conseiller principal, Prévention de la transmission
mère-enfant du VIH

• Arjan de Wagt

Conseiller principal, VIH et nutrition du nourrisson

Banque mondiale (Washington)

• Elizabeth Lule (absente)

Conseiller pour la population et la santé génésique
OMS (Genève)

OMS (Genève)

• Halima Dao

VIH/SIDA

• Luc de Bernis

Santé et recherche génésiques

• Isabelle de Zoysa

VIH/SIDA

• Tim Farley

Santé et recherche génésiques

• Philippe Gaillard (co-rapporteur)

VIH/SIDA

• Gottfried Hirnshall

VIH/SIDA

• José Martines

Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent

• Jane Nyarwaya

VIH/SIDA

• Kevin O'Reilly

VIH/SIDA

• Jos Perriens

VIH/SIDA

• Bert Peterson

Santé et recherche génésiques

• Randa Saadeh

Nutrition, santé et développement

• George Schmid

VIH/SIDA

• Tin Tin Sint

VIH/SIDA

• Bernhard Schwartländer

VIH/SIDA

BUREAUX REGIONAUX DE L'OMS

• Bureau régional OMS de l'Afrique:

Elisabeth Hoff

Conseiller régional, Santé familiale et génésique

• Bureau régional OMS des Amériques:

Rafael Mazin

Conseiller régional, prévention et prise en charge
du VIH/SIDA

• Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale:

Jihane Tawilah

Conseiller régional, MST/VIH

• Bureau régional OMS de l'Europe:

Alex Gromyko

Consultant, Infections sexuellement transmissibles
et VIH/SIDA

• Bureau régional OMS du Pacifique occidental:

Bernard Fabre-Teste

Conseiller régional VIH/SIDA



Pour plus d'informations, contacter :
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
Département du VIH/SIDA
20, avenue Appia – CH-1211 Genève 27 – SUISSE
E-mail : hiv-aids@who.int – <http://www.who.int/hiv/en>

ISBN 92 4 256242 4

