



Bilan :

Le VIH chez l'enfant

ÉTAT DES LIEUX

Introduction

Chaque jour, quelque 1500 enfants de moins de 15 ans sont nouvellement infectés par le VIH, et on estime que 90% d'entre eux vivent en Afrique subsaharienne. On comptait dans le monde en 2005 2,3 millions d'enfants qui vivaient avec le VIH/SIDA (1,7–3,5 millions), dont la plupart avaient contracté le virus *in utero*, à l'accouchement ou en étant allaités au sein, tous modes de transmission que l'on peut prévenir.

Pour bien des enfants infectés par le VIH, les chances de survie sont minces. Au niveau mondial, le SIDA est désormais responsable de 3% des décès chez les enfants de moins de cinq ans, et 6% en Afrique subsaharienne où il est devenu l'une des causes majeures de décès chez les jeunes enfants.

Une personne sur sept qui meurent d'une maladie liée au VIH dans le monde est un enfant de moins de 15 ans. Ce fait est dû pour une large part à la non-mise en œuvre, à l'échelle nécessaire, de programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH.

En l'absence de soins pour le VIH, et notamment de traitement antirétroviral, la progression de l'infection à VIH est particulièrement agressive. On estime que, en 2005, 380 000 (290 000–500 000) enfants sont morts de causes liées au

VIH. Il est probable que la moitié d'entre eux n'ont pas atteint leur deuxième anniversaire. Dans les pays fortement touchés comme le Botswana ou le Zimbabwe, le VIH constitue la cause sous-jacente de plus du tiers de *tous* les décès parmi les enfants de moins de cinq ans.

Pourtant, l'infection à VIH pédiatrique peut être presque entièrement prévenue. Il a été pratiquement éliminé dans les pays à revenu élevé, où la large disponibilité des services de prévention, de dépistage et de traitement du VIH a réduit les taux de transmission mère-enfant à moins de 2%, et accru le taux de survie des nourrissons infectés par le VIH (dont plus de 80% vivent aujourd'hui au-delà de six ans).

En revanche, les services relativement simples nécessaires pour atteindre de tels résultats sont largement absents dans les lieux où ils seraient le plus nécessaires, particulièrement en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud.

Figure 1

Nombre d'enfants (0–14 ans) vivant avec le VIH en 2005 (estimations)

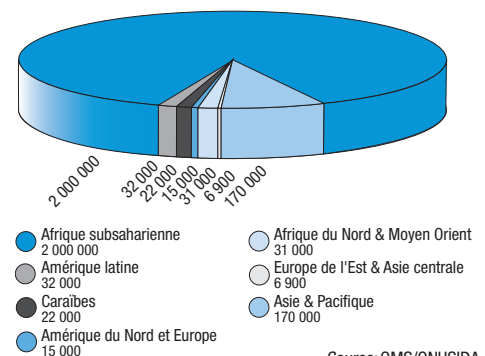
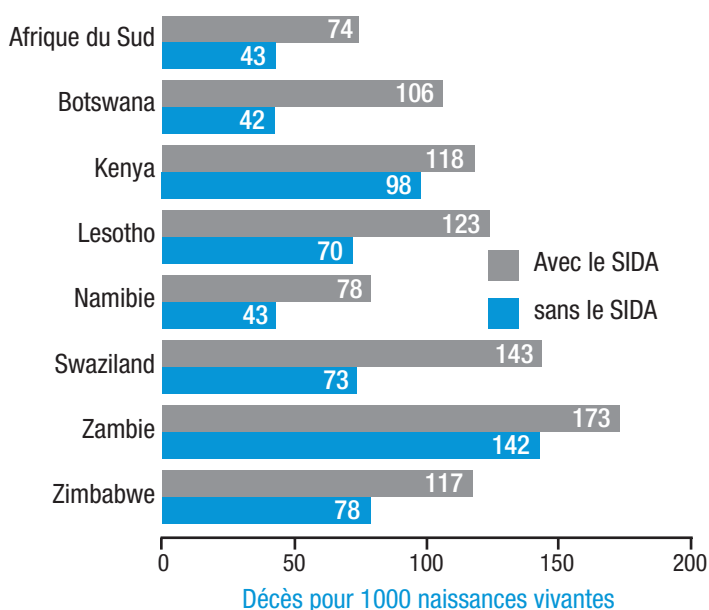


Figure 2

Impact du SIDA sur la mortalité infantile

Impact estimé du SIDA sur les taux de mortalité des moins de cinq ans 2002–2005 dans certains pays d'Afrique subsaharienne



Source : ONU, Division de la population, World Population Prospects : The 2004 Revision, base de données.

État des connaissances

Comment le jeune enfant contracte-t-il le VIH ?

On estime qu'en 2005, 540 000 (420 000–670 000) enfants de moins de 15 ans ont été infectés par le VIH, principalement par transmission mère-enfant.

En Afrique subsaharienne, où vivent la très grande majorité des enfants atteints du VIH, plus de 95% des nourrissons infectés par le VIH l'ont contracté de leur mère *in utero*, lors de l'accouchement, ou par allaitement au

sein. Une faible proportion des infections à VIH chez l'enfant résulte d'injections à risque, de la transfusion de sang ou de produits sanguins infectés, de violences sexuelles, de rapports sexuels (mode de transmission important chez les adolescents), ou de scarifications.

Quelle est la durée de survie des enfants atteints du VIH ?

25% à 30% des enfants qui contractent le VIH par leur mère décèdent avant leur premier anniversaire. La plupart d'entre eux auront été infectés *in utero* ou aux alentours de l'accouchement. Plus de la moitié (50% à 60% des enfants) présentent des symptômes aux premiers temps de la vie et, en l'absence d'un diagnostic et d'un traitement efficace à temps, meurent avant l'âge de deux ans. Ainsi, dans une étude portant sur 3 500 enfants inscrits dans sept essais périnataux en Afrique subsaharienne, 35% des enfants infectés par le VIH sont morts avant l'âge d'un an, et 53% avant l'âge de deux ans.

Sans mesures de prévention efficaces, le risque de transmission du VIH par une mère infectée à son enfant, avant ou pendant la naissance de celui-ci, s'élève à 15–25%. Si la mère allaite son nouveau-né au sein jusqu'à 18–24 mois, ce risque passe à 30–45%. Ceci dénote de la nécessité de prévenir la transmission du VIH en général, et de fournir aux femmes VIH-positives et aux jeunes filles de meilleures options pour prévenir les grossesses non désirées.

Comment prévenir la transmission mère-enfant du VIH ?

Les femmes enceintes doivent avoir accès au dépistage du VIH et au conseil, de façon à savoir leur statut VIH et prendre des décisions éclairées en matière de grossesse, d'accouchement et d'ali-

mentation. Celles qui sont VIH-positives devraient avoir accès à un ensemble de services permettant de pratiquer un accouchement sans risque et d'assurer en toute sécurité des soins et un soutien postnatals au nouveau-né et à la mère. Dans les pays à revenu élevé, l'utilisation de médicaments antirétroviraux pour traiter la mère et prévenir l'infection de l'enfant est devenue le standard de soins, et a permis de pratiquement éliminer la transmission mère-enfant du VIH.

Des services généralisés et efficaces de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) pourraient éviter, estime-t-on, 315 000 infections pédiatriques à VIH par an, à l'aide des technologies actuellement disponibles.

En Amérique du Nord et en Europe, où de tels services sont aisément accessibles, moins de 2% des enfants nés de mères VIH-positives contractent aujourd'hui l'infection à VIH. Dans ces régions, on a enregistré en 2005 moins de 300 nouvelles infections à VIH chez les enfants de moins de 15 ans, dont toutes n'étaient pas dues à la transmission mère-enfant.

Même dans les pays à faibles ressources, la transmission mère-enfant peut être réduite à 2-4% lorsque les services nécessaires sont disponibles, comme l'ont montré de récentes expériences à Abidjan (Côte d'Ivoire).

Le traitement antirétroviral est-il efficace pour les enfants atteints du VIH ?

La preuve est faite que le traitement antirétroviral est hautement efficace chez l'enfant, y compris dans les pays à faibles ressources. La mise en route rapide d'un traitement rétablit et préserve les fonctions immunitaires, favorise une croissance et un développement normaux, et prolonge la vie. En général,

80% environ des enfants atteints du VIH meurent avant l'âge de cinq ans s'ils ne bénéficient pas un traitement antirétroviral. Dans les pays à revenu élevé, où la plupart des enfants qui contractent le VIH par voie périnatale bénéficient précocement un traitement antirétroviral, on a montré que celui-ci réduit la mortalité de cinq fois ou davantage, et se traduit par des taux de survie d'au moins 80%.

Quels sont les autres besoins ?

Le co-trimoxazole, un antibiotique à faible coût, peut assurer une protection salvatrice contre les infections opportunistes et autres infections infantiles. Dans certains pays, on a montré qu'elle réduisait la mortalité des enfants atteints du VIH de plus de 40%. Le traitement coûte US\$ 0.03 par jour, soit environ US\$ 10 par an et par enfant. On a estimé que jusqu'à 4 millions d'enfants de moins de 15 ans pourraient tirer profit d'un traitement au co-trimoxazole, alors que seuls 1% environ de ceux qui en ont besoin prennent actuellement ce médicament.

ENJEUX ...

Le droit des enfants à la prévention, aux soins et au traitement du VIH n'est pratiquement plus contesté aujourd'hui par personne. Des expériences au Brésil, en Afrique du Sud et ailleurs prouvent que le diagnostic précoce du VIH chez l'enfant est réalisable dans les pays à faibles ressources, et que les enfants répondent bien au traitement antirétroviral.

On ne consent néanmoins généralement que trop peu d'efforts pour assurer aux enfants les services dont ils ont besoin, en particulier en Afrique subsaharienne où se concentre l'essentiel du poids du VIH pédiatrique. En 2005, quelques 380 000 (290 000-500 000) enfants de moins de

15 ans infectés par le VIH sont morts, provenant presque tous de l'Afrique subsaharienne. À l'opposé, d'après les dernières données disponibles, moins de 100 enfants atteints du VIH sont morts en 2004 dans les pays à revenu élevé. Cette disproportion résulte de plusieurs facteurs :

- Nombre des pays les plus affectés sont confrontés à des problèmes de ressources humaines et avec des systèmes de santé faibles.
- Le dépistage du VIH chez l'enfant est limité dans de nombreux pays.
- Les outils diagnostiques du VIH chez le nourrisson sont en général inabordables financièrement ou absents.
- Des idées fausses persistent quant à l'efficacité du traitement antirétroviral chez l'enfant.
- Dans bien des lieux, on ne dispose encore que d'une expérience limitée des directives de traitement standardisées et simplifiées.
- Dans nombre des pays qui en ont le plus grand besoin, les formulations antirétrovirales pédiatriques utilisables sont soit absentes, soit inabornables financièrement.

La prévention de la transmission mère-enfant du VIH

Bien qu'environ 100 pays aient lancé des actions pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH, seules 10% des femmes enceintes bénéficient actuellement de services de PTME dans le monde, et moins de 6% en Afrique subsaharienne. En 2005, les taux de transmission mère-enfant du VIH étaient en moyenne de 20% dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, contre moins de 2% dans les pays à revenu élevé.

L'extension des services de PTME est cruciale pour protéger les enfants contre l'infection à VIH. Cela impliquerait de relever également plusieurs autres défis.

Dans nombre de pays d'Afrique subsaharienne, les femmes enceintes se rendent rarement à une consultation prénatale, et moins de la moitié des accouchements ont lieu avec l'assistance d'un professionnel de la santé adéquatement qualifié. Celles des femmes qui se rendent à une telle consultation risquent de ne jamais se voir proposer de dépistage du VIH ni de conseil, le dépistage peut ne pas être effectué, ou elles peuvent ne pas en obtenir les résultats. Elles n'ont donc aucun moyen de connaître leur statut sérologique, et de se préparer en conséquence en ayant recours aux services qui pourraient prévenir l'infection chez leurs nouveaux-nés, et prolonger leurs propres vies.

En outre, peu de programmes de PTME sont efficacement reliés aux services de prise en charge de l'infection à VIH/SIDA pour ce qui concerne les femmes VIH-positives. Celles des femmes qui reçoivent une prophylaxie antirétrovirale ne prennent souvent qu'une dose unique de névirapine au moment de l'accouchement; elles ne bénéficient pas elles-mêmes, lorsque éligible, d'un traitement antirétroviral qui pourrait protéger ou rétablir leur propre santé. Même alors, après l'accouchement, peu de femmes atteintes du VIH obtiennent un conseil ou un appui en matière d'alimentation du nourrisson, ce qui accroît les risques d'infection de leur nouveau-né.

Diagnostic

Comme les adultes, les enfants infectés par le VIH sont pour la plupart diagnostiqués très tardivement dans le cours de la maladie, lorsqu'ils le sont. La progression rapide du VIH chez l'enfant

implique que beaucoup meurent en bas âge ou dans la première enfance, d'affections infantiles courantes ou d'infections opportunistes que l'on sait prévenir et traiter.

Le diagnostic précoce du VIH est donc crucial pour instaurer le traitement antirétroviral aussitôt que possible; mais il peut être compliqué d'y parvenir.

Habituellement, le dépistage du VIH fait intervenir des tests relativement bon marché et aisément accessibles, permettant de détecter la présence d'anticorps du VIH (qui apparaissent généralement dans le sang quelques semaines après l'infection). Or tous les enfants de femmes VIH-positives acquièrent les anticorps de leur mère, le temps que leur propre système immunitaire se développe. Ces anticorps sont en général éliminés du système de l'enfant dans la première année de vie (quoique parfois, ils puissent s'y maintenir jusqu'à 18 mois). La présence d'anticorps du VIH dans le sang d'un nouveau-né de moins de 18 mois ne signifie donc pas que l'enfant lui-même soit infecté par le VIH. Le diagnostic exact du VIH chez le nouveau-né de moins de 18 mois implique de détecter le virus lui-même, ce qui exige des tests plus complexes. Ces examens virologiques supposent de disposer d'équipements de laboratoire coûteux, difficilement accessibles dans les pays à faible revenu. Ces équipements peuvent coûter jusqu'à US\$ 140 000, et chaque examen jusqu'à US\$ 40. En outre, dans plusieurs pays, les technologies requises sont brevetées pour le suivi des patients, mais non pour le diagnostic du VIH chez le nourrisson.

Les obstacles psychologiques au dépistage chez l'enfant peuvent eux aussi retarder le diagnostic. La stigmatisation sociale que peut déclencher un diagnostic de VIH envers la mère et l'enfant, tout comme

le peu de disponibilité des traitements, dissuadent souvent les femmes du dépistage du VIH et de celui de leurs enfants.

Traitement

En dépit des récents progrès accomplis pour traiter les adultes vivant avec le VIH, les enfants ne bénéficient pas des médicaments qui pourraient leur prolonger la vie. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, en juin 2006, environ 60 000 à 100 000 des plus de 800 000 enfants VIH-positifs qui avaient besoin d'un traitement antirétroviral (dont la plupart vivaient en Afrique subsaharienne) en suivaient un.

Tous les médicaments antirétroviraux dont l'utilisation est approuvée chez l'adulte atteint du VIH n'existent pas sous une forme adaptée, ou ne sont pas brevetés ou approuvés, pour une utilisation pédiatrique – et ceux qui existent sont souvent inabordables. En outre, ces médicaments ne sont que rarement disponibles dans des formulations convenant aux enfants. Des formulations antirétrovirales en sirop ont été élaborées, mais qui sont assez nauséabondes et à prendre en grandes quantités, doivent être réfrigérées, et ont une durée d'utilisation brève après ouverture, toutes choses qui peuvent les rendre peu praticables.

Les associations de médicaments à doses fixes, qui combinent deux ou trois médicaments en un seul comprimé pour simplifier les schémas thérapeutiques, donnent d'excellents résultats cliniques, immunologiques et virologiques chez l'adulte. Mais ces médicaments sont encore rares pour le traitement des enfants.

La concurrence des fabricants de génériques et l'influence des groupes de pression ont conduit ces dernières années à des baisses de prix de nombreux

médicaments antirétroviraux pour adultes. En revanche, les médicaments pédiatriques peuvent coûter plusieurs fois plus cher que ceux des adultes. Ainsi, en 2005, le Retrovir (zidovudine) coûtait US\$ 260 par an sous forme de capsule de 100 mg à usage pédiatrique, et US\$ 183 par an sous forme de capsule de 300 mg pour adultes—1,4 fois autant pour un tiers d'ingrédient actif. La quantité de médicaments nécessaire pour une année de trithérapie classique (stavudine, névirapine et lamivudine) pour adultes coûtait en moyenne environ US\$ 148 en 2005 dans les pays à faible revenu, mais le

schéma pédiatrique coûtait US\$ 2 000 par enfant (et US\$ 800 en version générique). Les questions de brevets et de réglementations sont un obstacle supplémentaire pour le développement, la production et la disponibilité des formulations pédiatriques. Les brevets sont également de nature à freiner le développement et la production de formulations à doses fixes. En outre, de nombreux pays en développement rencontrent des difficultés pour obtenir des renseignements à propos des brevets sur les médicaments antirétroviraux. Ce manque de clarté concernant le statut des brevets engendre des incer-

Table 1

Pourcentage des personnes sous traitement antirétroviral qui sont des enfants^a
(dans certains pays, fin 2005)

Afrique subsaharienne		Asie		Amérique latine et Caraïbes	
Ghana	3%	Chine	4%	Pérou	2%
Nigeria	3%	Inde	4%	Venezuela	4%
Côte d'Ivoire	5%	Viet Nam	4%	El Salvador	5%
Malawi	5%	Cambodge	11%	Brésil	6%
Mozambique	6%			Guyana	8%
Rwanda	7%			Haïti	8%
Namibie	7%			Argentine	10%
Zimbabwe	7%			Honduras	12%
Kenya	8%			Panama	15%
Afrique du Sud	8%				
Zambie	8%				
République centrafricaine	9%				
Ouganda	9%				
République-Unie de Tanzanie	11%				
Médian	7%	Médian	4%	Médian	8%

Source: OMS/ONUSIDA (2006). Élargissement de l'accès au traitement antirétroviral dans le monde – Rapport sur l'initiative «3 millions d'ici 2005» et au-delà. Genève, Organisation mondiale de la Santé.

^a On disposait à cette date de données sur 500 000 personnes, dans 27 pays, couvrant à la fois les enfants (moins de 15 ans) et les adultes (15-49 ans). Pour les autres régions, les données n'étaient pas disponibles.

titudes et risque d'affecter les approvisionnements et la production de versions génériques des médicaments antirétroviraux. Dans le même temps, le coût élevé de l'enregistrement dans bien des pays dissuade les fabricants de médicaments de demander un agrément national pour des médicaments pédiatriques.

Les pays qui subissent une épidémie grave de SIDA éprouvent de plus de grandes difficultés à prévoir leurs besoins en médicaments pédiatriques contre le VIH, en partie en raison du manque de données épidémiologiques précises.

Le besoin de renforcer les systèmes de santé en général apparaît tout spécialement dans le manque d'infrastructures adaptées et de personnel soignant qualifié pour traiter les enfants atteints du VIH, et pour soutenir pour l'observance des schémas thérapeutiques. La difficulté d'apprécier les types et quantités de médicaments nécessaires aux enfants, ainsi que l'inefficacité des systèmes de prestation, limitent l'extension du traitement. Le problème se pose de façon particulièrement aiguë en Afrique orientale et australe, où les hôpitaux sont débordés par les soins aux patients souffrant du SIDA et où les systèmes de santé sont minés par les pertes en personnel. La Banque mondiale estime que les pays où la prévalence du VIH atteint 15% peuvent s'attendre à perdre chaque année environ 3% de leur personnel de santé.

... ET RÉALISATIONS

Prévention de la transmission mère-enfant du VIH

Les projets pilotes de PTME se comptent par dizaines (voir ci-dessous), mais ce n'est que récemment que des programmes nationaux ont commencé à fournir des services à l'échelle requise. En

Jamaïque et dans plusieurs pays d'Europe orientale, les trois quarts ou plus des femmes infectées par le VIH recevaient une prophylaxie antirétrovirale en 2005. Le Brésil et la Thaïlande ont fortement réduit la transmission mère-enfant du VIH. Dans les centres participant à une étude de la Société brésilienne de pédiatrie, le taux d'infection des nouveaux-nés de mère VIH-positif est passé de 16% en 1995 à 2,4% en 2002, après un ensemble d'interventions de base en PTME. Globalement, plus des trois quarts (8 500) des enfants brésiliens qui avaient besoin d'un traitement (dont le nombre était estimé à 12 000) en suivaient un en 2004. En Thaïlande, les trois quarts des femmes enceintes VIH-positives reçoivent désormais de l'AZT pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH. Presque tous les enfants nés de mères infectées par le VIH suivent un traitement médicamenteux, et un peu plus de la moitié des 12 000 enfants qui ont besoin d'un traitement antirétroviral en suivent un.

En Afrique subsaharienne, des progrès ont également été accomplis. Dans cette région, sur la période 2002-2004, 11 des pays les plus touchés ont multiplié par 10 le nombre des femmes enceintes bénéficiant du dépistage du VIH, et de celles qui reçoivent une prophylaxie antirétrovirale dans le cadre de programmes de PTME. Le Botswana, en particulier, a massivement accru son action (Encadré 1), tandis que des pays comme l'Afrique du Sud, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, le Kenya, le Rwanda, l'Ouganda ou la Zambie s'efforcent de faire de même. Le nombre de sites de PTME au Cameroun, par exemple, est passé de 64 en 2002 à 420 à la mi-2005.

Ces progrès doivent être consolidés et étendus. Si nombre de ces pays ont développé leurs programmes de PTME, la couverture reste faible : La proportion des femmes infectées par le

VIH qui bénéficiaient d'une prophylaxie antirétrovirale en 2004 n'était que de 16% en Zambie, de 20% au Kenya, et de 22% en Afrique du Sud. Dans les autres pays, les taux étaient dérisoires. Au Nigéria, seules 0,1% des femmes infectées par le VIH bénéficiaient d'une prophylaxie antirétrovirale. À la même date, ce chiffre était de 1% en Éthiopie, de 3% au Mozambique, de 2% en République-Unie de Tanzanie, et de 5% au Zimbabwe.

Vouloir, c'est pouvoir

Le **Botswana** fait partie du petit nombre de pays qui ont renforcé de façon spectaculaire leur action pour mettre fin à la transmission mère-enfant du VIH. Ces services ont été intégrés à ceux des services de santé maternelle et infantile en général, et sont disponibles dans toutes les consultations publiques prénatales. Ils sont de plus gratuits. En 2005, quelque 92% des parturientes bénéficiaient d'un dépistage du VIH, et au moins 70% de celles qui s'avéraient VIH-positives recevaient une prophylaxie à la zidovudine ou à la névirapine au cours de la grossesse. Le Botswana finance l'essentiel de son programme de PTME sur fonds publics.

Les résultats préliminaires d'une enquête pilote sur le diagnostic précoce menée sur des nourrissons à Francistown, par frottis sanguin séché et test du VIH par réaction en chaîne rapide par polymérase (PCR), indiquent que la transmission mère-enfant a été réduite à moins de 6 %, et que le diagnostic précoce est praticable. On estime au Botswana que sans les interventions de PTME, 40 % des nourrissons nés de mères séropositives au VIH seraient infectés par le VIH.

Traitement

Au niveau mondial, le nombre des enfants suivant un traitement antirétroviral est passé de 10 000 à 15 000 sur la période 2004-2005, mais il ne représente encore que 6% du nombre total de personnes ayant besoin d'un traitement. À eux seuls, deux pays (le Brésil et la Thaïlande) comptaient près de la moitié des enfants qui suivaient un traitement.

Des progrès ont récemment été accomplis dans le développement d'associations à doses fixes pour enfants, trois fabricants de génériques basés en Thaïlande et en Inde ayant élaboré de tels produits. Cependant, à la mi-2006, aucun n'avait obtenu les approbations nécessaires de la part des autorités réglementaires internationalement reconnues.

Les prix des médicaments antirétroviraux demeurent élevés, même si certains fabricants de génériques semblent disposés à commercialiser des médicaments pédiatriques à des tarifs réduits. Une plus grande disponibilité d'associations pédiatriques à doses fixes bon marché pourrait provoquer des réductions de prix sur les formulations à un seul médicament.

Dans l'intervalle, le Brésil, le Chili, la France et la Norvège ont proposé de mettre sur pied une initiative pour internationale pour faciliter l'achat de médicaments contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, ainsi que de produits diagnostiques, dont les produits pédiatriques constitueraient un élément important. Le but est d'utiliser une capacité d'achats groupés pour influencer la dynamique du marché et favoriser les réductions de prix, tout en stimulant le développement de nouvelles formulations, notamment pédiatriques, et de nouvelles forces. Certaines organisations, telles que la Fondation Clinton, ont déjà permis d'avancer dans la réduction des prix, en garantissant des achats en grandes quantités de médicaments pédiatriques destinés aux enfants infectés par le VIH. C'est ainsi qu'un tel accord, passé avec le fabricant indien de génériques Cipla, a fait baisser de jusqu'à 50% les prix de certains médicaments.

Tout cela montre que lorsque les instances politiques, économiques et de santé publique ont décidé d'agir, des innovations et des avancées ont suivi. Depuis quelques

années, les engagements financiers se sont accrus, une plus forte volonté politique se dessine, et les éléments du complexe technique commencent à s'assembler. Le monde semble prêt à franchir un pas décisif contre l'infection à VIH pédiatrique.

UN OBJECTIF RÉALISABLE

Éliminer la transmission mère-enfant du VIH n'est pas un rêve irréalisable; on connaît bien les services nécessaires pour prévenir la transmission périnatale du VIH. Tout l'enjeu consiste à les rendre largement disponibles là où ils sont nécessaires.

Le point de départ pour réduire le poids du VIH pédiatrique consiste à prévenir l'infection par le VIH chez les futurs parents. Les actions de prévention en général doivent être intensifiées et étendues.

La prévention des grossesses non désirées chez les femmes infectées par le VIH réduira également le VIH pédiatrique. Les services de santé génésique devraient être renforcés de manière à ce que toutes les femmes puissent prendre en toute connaissance de cause les décisions concernant la planification de leur vie génésique. Toutes les femmes enceintes devraient avoir accès aux soins prénatals, au diagnostic du VIH, à la prophylaxie antirétrovirale ou au traitement antirétroviral, et à des options d'allaitement adaptées.

Les enfants qui ne bénéficient pas de tels services et qui contractent le VIH doivent avoir accès au traitement antirétroviral. On sait traiter chez l'enfant les infections liées au VIH. On pourrait prévenir 1,2 millions de décès d'enfants d'ici à 2010, en leur administrant un traitement antirétroviral et un antibiotique, le cotrimoxazole.

PRIORITÉS IMMÉDIATES

La poids de l'infection à VIH pédiatrique est insupportablement fort, alors qu'elle est tout à fait évitable. Elle peut être pratiquement éliminée, à condition de progresser avec détermination sur les quatre enjeux à long terme suivants :

- On devra radicalement étendre les programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans les pays soumis aux plus fortes charges de VIH.
- On devra développer des technologies plus simples et meilleur marché pour détecter avec exactitude le VIH chez le nourrisson, et en généraliser l'emploi.
- On devra mettre à disposition des formulations antirétrovirales pédiatriques qui soient praticables et bon marché.
- On devra renforcer massivement les systèmes de santé, et en particulier les ressources humaines, les établissements et les systèmes logistiques nécessaires à la conduite efficace de tels programmes.

Les progrès sur ces différents fronts exigeront à court terme un ensemble d'avancées spécifiques. Réaliser ces percées devrait constituer une priorité pour le futur immédiat.

Intensifier le dépistage du VIH et le conseil

- Les futurs parents devront savoir leur statut sérologique.
- Les centres de soins prénatals devront adopter l'offre de routine, proposée par le soignant, du dépistage du VIH et du conseil, et utiliser plus largement les tests de dépistage rapides.

- Il faudra adopter des approches systématiques du dépistage diagnostique chez le nourrisson et l'enfant.

Étendre les programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH

- Il est urgent que les gouvernements étendent ces programmes, afin d'assurer une couverture nationale de qualité et une prophylaxie antirétrovirale à toutes les femmes qui s'avèrent VIH-positives ainsi qu'à leurs enfants.
- Ce faisant, on aura à l'esprit que dans les pays qui ont aboli les contributions des usagers aux soins, le recours des femmes aux services publics de soins a tendu à augmenter.

Accélérer le diagnostic du VIH chez l'enfant

- Il est essentiel que les nourrissons et les enfants porteurs du VIH soient identifiés rapidement, première étape pour leur apporter le traitement et les soins appropriés. On devra utiliser plus largement les tests rapides basés sur la détection des anticorps du VIH chez le nourrisson de plus de 18 mois, tests qui devront être accessibles aux enfants dans les unités de soins pédiatriques, les centres d'alimentation thérapeutique, les établissements de soins primaires, ainsi que sur les lieux de soins des adultes consacrés à la tuberculose et au traitement antirétroviral.
- Il faudra mettre en place au sein des programmes nationaux des services uniformisés de diagnostic virologique.
- Renforcer la recherche et le développement d'outils de diagnostic virologique simples et bon marché pourrait améliorer grandement les programmes de prévention et de soins.

Mettre en œuvre des directives de traitement pédiatriques du VIH

- Des directives de traitement pédiatrique, qui proposent des recommandations fiables et pratiques concernant le diagnostic et le traitement du VIH chez l'enfant, ont été mises au point et doivent maintenant être mises en œuvre.

Inclure le co-trimoxazole dans le paquet de soins de base

- Les pays à épidémie de SIDA généralisée devront assurer que du co-trimoxazole est fourni aux enfants exposés au VIH (enfants nés de mères VIH-positives) ou infectés par le VIH, comme composante du paquet de soins de base.

Produire des médicaments antirétroviraux sous des formes adaptées aux enfants

- Il est urgent de procéder à des recherches et de développer des produits antirétroviraux améliorés destinés au traitement des jeunes enfants (et en particulier, de multiplier les combinaisons pédiatriques à doses fixes).
- Les comprimés antirétroviraux pour adultes étant trop gros pour usage pédiatrique, il faudra disposer de comprimés plus petits et sécables (pouvant être aisément divisés en deux ou quatre). Des formulations en microgranules sous capsule, qui peuvent s'ouvrir et se mélanger aux aliments, ou des comprimés à écraser et à dissoudre dans de l'eau, pourraient eux aussi s'avérer utiles. La vie de centaines de milliers d'enfants pourrait dépendre de telles modifications.

Éliminer les obstacles réglementaires

- Assurer rapidement la présélection ou l'approbation réglementaire des

nouvelles associations à doses fixes adaptées qui seront présentées.

- Assurer rapidement au niveau national l'enregistrement des médicaments pédiatriques.

Rendre abordables les prix des médicaments antirétroviraux

- Les prix des médicaments antirétroviraux pédiatriques devront être fixés à des niveaux abordables. Pour commencer, les différences de prix entre les médicaments antirétroviraux pour adultes et pédiatriques devront être éliminées.

Lever les obstacles liés à la propriété intellectuelle

- Dans les pays en développement ayant la capacité de fabriquer de tels produits, il faudra consentir des efforts plus importants pour faciliter l'établissement et accroître la transparence du statut, vis-à-vis du droit des brevets, des formulations et médicaments antirétroviraux.
- Les compagnies de recherche et de développement pharmaceutiques devront déclarer clairement leur intention de ne pas faire valoir leurs droits de brevet sur les médicaments antirétroviraux, ou de concéder des licences volontaires à des fabricants de génériques afin de permettre la production de formulations pédiatriques (notamment d'associations à doses fixes), ou ces deux intentions.
- Les gouvernements devront être plus nombreux à faire usage des souplesses de l'Accord de l'OMC sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (TRIPS), lorsque des brevets freinent la production de formulations pédiatriques ou leurs approvisionnements.

Ce que fait l'OMS

L'OMS a élaboré un ensemble complet de directives pour le diagnostic et le traitement de l'infection par VIH chez l'enfant, et pour l'utilisation du co-trimoxazole chez l'enfant. En collaboration avec ses partenaires, l'OMS s'efforce de faire en sorte que ces recommandations techniques soient adaptées et incorporées aux programmes nationaux de santé des enfants et de lutte contre le VIH.

L'OMS fournit également des directives et outils d'application simplifiés, portant sur la formation, la gestion, le tutorat, la supervision et l'évaluation, en vue de faciliter l'extension rapide des interventions de PTME : les instruments de la prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte (PCIMAA), et ceux de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME).

L'OMS étudie en permanence les résultats de la recherche concernant l'innocuité et l'efficacité des médicaments antirétroviraux utilisés pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH, et pour traiter les femmes enceintes infectées par le VIH ainsi que leurs enfants. Les recommandations et directives de l'OMS sont révisées en conséquence, le cas échéant.

L'OMS collabore avec des partenaires, des autorités de réglementation et des entreprises pharmaceutiques pour élaborer des recommandations pratiques définissant les produits antirétroviraux qui sont nécessaires, et pour surmonter les obstacles réglementaires qui s'opposent aux reformulations et au développement de nouveaux produits. L'OMS s'efforce en particulier d'élargir et d'améliorer l'utilisation d'outils diagnostiques du VIH pour les jeunes enfants, et encourage le développement d'associations à doses fixes sûres et fiables pour les traitements de première ligne pour les enfants.

L'OMS aide les pays à se fixer eux-mêmes des objectifs spécifiques et mesurables pour traiter l'infections à VIH chez le nourrisson et le jeune enfant, et pour son élimination au bout du compte. Elle aide également les pays à renforcer leurs systèmes de suivi et évaluation afin de suivre et d'analyser les progrès accomplis vers la réalisation de ces objectifs.

L'OMS, aux côtés de divers partenaires, s'est engagée en faveur de l'accès universel à la prévention, aux soins et au traitement du VIH chez l'enfant. Aux niveaux national et international, l'Organisation collabore avec ses partenaires pour renforcer les capacités nationales et consolider la riposte du secteur de la santé au VIH.



Programme VIH/SIDA

Renforcer les services de santé pour
combattre le VIH/SIDA