



REGIONAL OFFICE FOR THE WESTERN PACIFIC
BUREAU REGIONAL DU PACIFIQUE OCCIDENTAL

COMITE REGIONAL

WPR/RC49/6

Quarante-neuvième session
Manille
14-18 septembre 1998

20 août 1998

ORIGINAL : ANGLAIS

Point 10 de l'ordre du jour provisoire

**RAPPORT ANNUEL SUR LES MALADIES SEXUELLEMENT
TRANSMISSIBLES, L'INFECTION A VIH ET LE SIDA**

A sa quarante-huitième session en septembre 1997, le Comité régional pour le Pacifique occidental a adopté la résolution WPR/RC48.R3. Cette résolution priait le Directeur régional de continuer de soumettre un rapport annuel au Comité régional sur la situation des maladies sexuellement transmissibles et du VIH/SIDA. Le Comité régional pria aussi le Directeur régional de rendre compte des traitements antirétroviraux ainsi que des méthodologies employées pour les estimations et les projections.

Dans de nombreux pays de la Région, l'épidémie à VIH continue. L'incidence et la prévalence élevées des maladies sexuellement transmissibles (MST) contribuent fortement à la propagation de l'infection à VIH dans certains pays. Dans quelques pays de la Région, le nombre d'infections à VIH paraît stable ou même en déclin.

Plusieurs pays ont commencé à renforcer leurs activités de lutte contre les MST et le VIH. Les initiatives qui seront prises au cours des prochaines années seront décisives pour limiter l'ampleur de l'épidémie. Pour prévenir une épidémie majeure dans plusieurs des pays de la Région, il est impératif que les Etats Membres intensifient leurs actions de prévention et de lutte tout en continuant de collaborer avec l'OMS en matière de surveillance, de prévention et de lutte contre les MST et le VIH.

Le traitement par les antirétroviraux s'est récemment révélé efficace en réduisant la morbidité et la mortalité dues à l'infection à VIH et au SIDA ainsi qu'en réduisant la transmission verticale du VIH. Les médicaments antirétroviraux ont aussi été employés comme traitement prophylactique post-exposition. Cependant, beaucoup de questions importantes restent à examiner avant que le traitement antirétroviral ne soit largement introduit dans la Région, comme, par exemple, le rapport coût-efficacité d'un tel traitement comparé à celui d'interventions de prévention de l'infection à VIH, telles que la prise en charge des MST et l'éducation.

Ce document donne un aperçu des activités entreprises et des progrès réalisés depuis la quarante-huitième session du Comité régional pour information et discussion du Comité lors de sa quarante-neuvième session.

1. INTRODUCTION

Ce rapport met l'accent sur les activités entreprises par le Bureau régional au cours du second semestre de 1997 et du premier semestre de 1998. Il comprend des chapitres sur la situation épidémiologique dans la Région et une mise à jour des activités de l'OMS dans la Région. Suite à la demande du Comité régional à sa quarante-huitième session, l'Annexe 1 présente un rapport sur la méthodologie employée par l'OMS pour l'estimation et la projection du nombre de cas d'infection à VIH, de SIDA et de MST. Le Comité régional a aussi sollicité des informations sur l'usage de agents antirétroviraux dans la réduction de l'infection à VIH et de la morbidité et la mortalité dues au SIDA. Un rapport sur les antirétroviraux figure en Annexe 2.

2. SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE

2.1 Le SIDA et l'infection à VIH

Fin mai 1998, un nombre total cumulé de 15 557 cas de SIDA avaient été notifiés dans la Région. Toutefois, de nombreux cas de SIDA ne sont pas déclarés ou diagnostiqués. Selon les estimations du Bureau régional, le nombre total cumulé des cas de SIDA à la fin de 1997 s'élevait à plus de 40 000, dont 16 000 nouveaux cas en 1997. Selon les projections du Bureau régional, il y aura plus de 50 000 nouveaux cas de SIDA par an à partir de l'an 2000.

Un nombre total cumulé de 84 910 cas d'infection à VIH ont été déclarés dans la Région du Pacifique occidental en mai 1998 : 33,1 % par transmission sexuelle (16,3 % par contact hétérosexuel et 16,8 % par contact homosexuel ou bisexuel) ; 36,5 % par injection de drogues ; 1,9 % par contact avec du sang ou des produits sanguins contaminés ; et 0,6 % par transmission mère-enfant. Dans 27,6 % des cas, le mode de transmission n'a pas été précisé ou n'est pas connu. Au cours des années, la transmission par contact hétérosexuel tend à augmenter.

Le Bureau régional a continué de coopérer avec les Etats Membres pour mettre à jour les estimations de prévalence de l'infection à VIH et l'incidence annuelle du SIDA (voir Annexes 3 et 4) de façon à donner une évaluation plus réaliste de l'épidémie. D'après les estimations, en 1997 plus

de 700 000 personnes dans la Région étaient infectées par le VIH et on prévoit qu'en l'an 2000, ce nombre dépassera 1,5 million dans la Région.

Le nombre total cumulé des cas d'infection à VIH déclarés dans la Région augmente d'année en année. Cependant, la propagation du VIH dans la Région reste modérée quand on la compare à d'autres parties du monde. D'après les données disponibles, on peut distinguer quatre schémas de transmission du VIH :

- une épidémie confirmée et en progression qui prédomine chez les hétérosexuels au Cambodge et en Papouasie-Nouvelle-Guinée, et chez les consommateurs de drogues par injection en Chine et au Viet Nam ;
- une transmission du VIH peu élevée au Japon, dans les pays insulaires du Pacifique, aux Philippines et en République de Corée ;
- des épidémies en déclin en Australie et en Nouvelle-Zélande ; et
- une stabilisation de l'épidémie en Malaisie, qui touche surtout les consommateurs de drogues par injection.

Le Bureau régional a établi des projections à court terme pour le VIH et le SIDA dans treize pays et zones touchés par le SIDA (voir Annexe 4).

2.2 Maladies sexuellement transmissibles

Selon les estimations de l'OMS, plus de 35 millions de nouveaux cas de maladies sexuellement transmissibles guérissables (gonococcie, infection à chlamydia, syphilis et trichomonase) se produisent chaque année dans la Région. Les infections à chlamydia ont atteint des proportions épidémiques avec plus de 30 millions de nouveaux cas estimés chaque année dans la Région (voir Annexe 5). Le taux d'infection par les MST varie entre 2 % et 5 % dans la population sexuellement active et entre 20 % et 40 % parmi les prostitué(e)s. Ces données soulignent que les programmes de prévention et de traitement des MST doivent être en priorité dirigés vers les prostitué(e)s et leurs clients.

La surveillance épidémiologique dans la Région montre une augmentation de la résistance des gonocoques aux antibiotiques. Il devient donc nécessaire d'adapter les traitements, souvent par l'emploi de médicaments beaucoup plus coûteux.

3. ACTIVITES DANS LA REGION

Au cours de l'année écoulée, le Bureau régional a apporté une coopération technique de grande envergure tant au niveau régional qu'au niveau national. Il a continué à offrir son soutien au développement de la surveillance épidémiologique des MST et du VIH/SIDA et des programmes MST (y compris le traitement, l'éducation et la gestion des programmes).

Des données épidémiologiques pour les MST, le VIH et le SIDA ont été recueillies puis analysées à intervalles réguliers. La surveillance de la sensibilité des gonocoques aux antibiotiques dans la région a été renforcée. Deux numéros du Rapport de surveillance sur les MST/VIH/SIDA, y compris un numéro spécial pour le 50^{ème} anniversaire de l'OMS, ont été publiés et largement distribués. Un rapport de surveillance régional sur les MST, le VIH et le SIDA a été préparé avec la collaboration des Etats Membres pour le Quatrième Congrès International sur le SIDA en Asie et dans le Pacifique qui s'est tenu à Manille en octobre 1997.

Le Bureau régional a mis au point un protocole type d'enquête sur la prévalence des MST. Ce protocole a été adapté pour des sites sélectionnés en Chine, en Malaisie, au Samoa et au Vanuatu.

La base de données informatique intégrée pour les MST, le VIH et le SIDA du Bureau régional est constamment mise à jour et son utilisation est encouragée dans la Région. Une coopération a été apportée à plusieurs pays pour la mise en place d'une surveillance du VIH (Cambodge, Chine, Philippines), pour l'analyse des données et le calcul des estimations et des projections. Les directives de surveillance du VIH et du SIDA sont en cours de révision et les directives pour la surveillance des MST sont en cours de réalisation.

Des cours de formation en gestion des programmes MST ont été organisés pour 19 pays du Pacifique et pour la Malaisie. Un cours multinational de "formation de formateurs" sur la gestion des programmes MST a été organisé pour des participants du Cambodge, de la Chine, de la République démocratique populaire lao, de la Mongolie et du Viet Nam. D'autres cours s'adressant à la Papouasie-Nouvelle Guinée et aux Philippines sont aussi prévus. Des documents techniques ont été rédigés et distribués, notamment *La prise en charge des MST : L'approche syndromique pour les soins de santé primaires*. Des fonds ont été mis à disposition pour la traduction et la réalisation sur place de supports de formation sur les MST au Cambodge, en Chine et au Viet Nam. Des directives

au Viet Nam. Des directives pour la mise en place de services spécialisés pour les MST, sont en cours d'élaboration. Des principes directeurs sur les MST ont été mis au point et utilisés à Kiribati.

La mise en oeuvre de services d'éducation et de santé destinés aux prostitué(e)s a été encouragée et, à cet effet, une réunion régionale sera tenue à la fin de 1998. Un programme d'éducation et de services sur les MST destiné aux prostitué(e)s a été inauguré aux Philippines en 1997 et les résultats seront évalués vers la fin de 1998. Des études visant à examiner les services publics et privés offerts aux prostitué(e)s pour traiter les MST ont été menées aux Philippines. Du matériel éducatif pour les prostitué(e)s en Chine, aux Philippines et au Viet Nam est également élaboré.

On s'efforce d'appuyer l'éducation pour la lutte contre les MST et rendre plus facile l'accès aux soins à ceux qui souffrent de MST. Des ateliers sur l'éducation en matière de MST ont été tenus au Cambodge, en Malaisie et au Viet Nam. Des interventions au niveau des communautés et des districts sont en cours avec des maisons de prostitution, des médecins privés et des pharmaciens en Chine et au Viet Nam, dans le but d'encourager les gens souffrant de MST à se faire soigner. Le Bureau régional a apporté son appui à un projet pour la diffusion de connaissances en Chine sur "le VIH et les MST comme point d'entrée dans les écoles-santé". Un document expliquant l'importance de l'enseignement des MST a été conçu pour les enseignants d'éducation secondaire et supérieure, et est en cours de distribution.

Une aide a été apportée au Cambodge pour l'amélioration du traitement des MST en coopération avec les services de santé maternelle et infantile et de planification familiale, et les services de santé militaires. Ce soutien s'est aussi étendu à la mise en place de protocoles et modèles de soins destinés entre autres à promouvoir le développement d'un système de soins à domicile pour les personnes atteintes du SIDA ; à adapter à la situation cambodgienne "l'utilisation des préservatifs à 100 %" ; et à améliorer la gestion des programmes de lutte contre les MST et le VIH/SIDA.

Le Bureau régional maintient une collaboration étroite avec le gouvernement et les organisations non gouvernementales aux Philippines pour la promotion et l'expansion des services nationaux de lutte contre les MST. Les activités comprennent la tenue d'ateliers sur les approches innovantes dans les services MST ; le développement d'un modèle d'activités de lutte contre les MST pour l'administration locale ; la validation des algorithmes dans la prise en charge syndromique des MST ; la conduite de projets pour intégrer les MST aux services de planification familiale ; et la mise en place d'un fonds national pour améliorer l'accès aux médicaments anti-MST.

Des études techniques sur les politiques nationales en matière de sécurité transfusionnelle, ont été entreprises en Malaisie et aux Philippines.

Une collaboration étroite a été maintenue avec l'ONUSIDA et d'autres partenaires engagés dans le domaine de la lutte contre les MST et le VIH/SIDA aux niveaux national et régional.

METHODOLOGIES EMPLOYEES DANS L'ETUDE DES ESTIMATIONS ET PROJECTIONS DU VIH, DU SIDA ET DES MST

Estimations et projections du VIH et du SIDA

Le Bureau régional et le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) ont collaboré au cours des deux dernières années à la production d'estimations et de projections à court terme (trois ans) sur la prévalence de l'infection à VIH dans la Région, ainsi que des estimations et des projections sur l'incidence annuelle des cas de SIDA dans les pays les plus peuplés de la Région. Le Bureau régional a collaboré avec les gouvernements et les organismes nationaux de surveillance à la collecte et à l'analyse des données sur le VIH et le SIDA à l'échelle nationale. Un des résultats de cette collaboration a été le progrès important réalisé quant aux sources d'information sur l'infection à VIH.

Pour estimer la prévalence du VIH à l'échelon national, on utilise les taux d'infection observés dans des sous-groupes représentatifs, et on les applique à des groupes similaires plus larges de population. Par exemple, on s'est servi du taux de prévalence chez les prostitué(e)s tiré des études sentinelles pour l'appliquer au nombre estimé de prostitué(e)s dans tout le pays. La même méthode a été employée pour établir la prévalence urbaine en se servant des taux relevés chez les femmes enceintes dans les services de soins prénatals des zones urbaines. On s'est de même servi du taux de prévalence parmi les militaires recrutés dans les petites villes et les villages pour calculer le taux de prévalence en zone rurale. Des ajustements nécessaires sont faits pour tenir compte des différences en fonction du sexe. Pour finir, toutes ces estimations sont combinées pour en arriver à un chiffre pondéré du nombre total de personnes infectées par le VIH dans tout le pays.

Pour les pays qui ont enregistré une épidémie d'infection à VIH de grande ampleur, il a fallu tenir compte des points suivants: l'incidence passée et présente du SIDA; la mortalité due au SIDA; et le nombre de personnes porteuses du VIH. Cette étude fut menée à l'aide d'Epimodel, un programme informatique assez simple mis au point par l'OMS en 1987, et perfectionné d'année en année. Ce programme s'est révélé fiable, toutefois il lui faut assez de points pour arriver à dresser la courbe épidémiologique précise. Pour les plus récentes estimations et projections, on s'est servi de

Annexe 1

différents taux de progression de l'infection vers la maladie chez les enfants et chez les adultes dans différents pays. Il en est de même pour le taux de transmission verticale, directement influencé par le taux d'allaitement maternel (en l'absence de traitement prophylactique par antirétroviraux d'accouchement par césarienne programmée).

On s'est servi de "modèles de rétro-projection" pour produire les données pour l'Australie et la Nouvelle-Zélande où le système de déclaration des cas de SIDA est fiable. Ces modèles emploient les données d'incidence du SIDA pour calculer l'incidence antérieure de l'infection à VIH, en se servant des connaissances acquises sur le taux de progression de l'infection vers la maladie SIDA. Ces modèles sont largement employés dans les pays dotés d'un bon système de déclaration des cas de SIDA.

Les données actuelles démontrent un faible taux d'infection à VIH aux Philippines. Les projections ont donc été faites avec l'hypothèse que la transmission du VIH en restera aux faibles niveaux observés ces dernières années.

Pour la Chine, on s'est servi des estimations et projections fournies par les autorités nationales.

Lacunes des estimations et projections du VIH et du SIDA

On ne peut développer des modèles que si l'on dispose de suffisamment de données pour construire une courbe épidémiologique spécifique. Aucune estimation ni projection n'a été préparée pour les pays ne possédant pas de renseignements fiables. Dans ces cas, les taux de prévalence de 1994, publiés par l'OMS en 1995¹, ont servi de base pour la population actuelle, ce qui a donné une estimation conservatrice de l'épidémie.

L'usage croissant des thérapies antirétrovirales qui prolongent la durée de vie modifieront les estimations futures. La relation entre les nouvelles infections, la prévalence de l'infection, le SIDA et la mortalité a été assez facile à prévoir depuis plusieurs années, mais ce rapport changera d'une façon difficilement prévisible. La présente version d'Epimodel ne tient pas compte des changements

¹WER 1995; 70:353-360.

Annexe 1

qui pourraient survenir au niveau des taux de progression. L'utilisation des traitements antirétroviraux, et l'amélioration du traitement des infections opportunistes, auront une influence décisive sur la durée de vie des personnes atteintes du SIDA dans les pays où ces traitements sont largement disponibles. Etant donnée l'évolution de la disponibilité des traitements, de nouveaux modèles de projection épidémiologique plus flexibles devront être élaborés à l'avenir. De même, les taux de transmission du virus de la mère à l'enfant pourraient changer radicalement si des mesures étaient prises pour élargir l'accès au dépistage du VIH, à l'assistance socio-psychologique, à l'allaitement artificiel sécurisé, et au traitement de courte durée des femmes enceintes par la zidovudine (AZT).

Estimations des cas de maladies sexuellement transmissibles

Toutes les estimations ont été basées sur l'étude des résultats d'enquêtes ad hoc menées sur la prévalence des MST. Ces enquêtes ont été soit documentées dans des rapports des Etats Membres respectifs, soit recueillies dans des revues scientifiques nationales et internationales.

L'étude a porté exclusivement sur des documents publiés entre 1990 et 1997 et on s'est servi des conclusions tirées des enquêtes bien conçues et appuyées par des expériences de laboratoire. Aucune estimation n'a été faite s'il n'y avait pas de données disponibles ou si elles étaient insuffisantes.

Des estimations ont été développées pour les MST les plus communes et les plus faciles à guérir, à savoir la syphilis, la gonococcie, l'infection à chlamydia et le trichomonase. Seules ont été employées les données obtenues des sous-groupes considérés comme représentatifs de la population en général, notamment les femmes enceintes, les donneurs de sang et les militaires. Lorsque plusieurs taux d'infection différents étaient disponibles pour une MST, les épidémiologistes nationaux ont été consultés pour identifier le chiffre "moyen" dont on devait se servir pour les estimations. Les chiffres de prévalence ont été calculés en partant de l'hypothèse que les taux d'infection par les MST pouvaient s'appliquer à la population adulte âgée de plus de 15 ans.

Bien qu'un même individu puisse souffrir d'épisodes répétés de MST durant la même année, on n'a pas tenu compte de ce fait pour ajuster les estimations. Comme les données employées ont été collectées à partir d'enquêtes de prévalence ponctuelles, les estimations peuvent aussi être

Annexe 1

collectées à partir d'enquêtes de prévalence ponctuelles, les estimations peuvent aussi être considérées comme la valeur minimum d'incidence annuelle pour la gonococcie, le trichomonase et l'infection à chlamydia.

Révision des estimations et des projections

Jusqu'à ce jour, les estimations et projections ont prédit avec justesse la nature et l'évolution générales des épidémies d'infection à VIH dans les pays de la Région. Ces estimations et projections sont révisées constamment (vers le haut ou vers le bas), tandis que les pays améliorent leurs systèmes de surveillance et recueillent plus d'informations. Les données recueillies comprennent des informations sur le niveau d'infection chez différentes populations ainsi que les comportements à risque élevé ou à risque réduit d'infection.

Ces estimations et projections sont très utiles à la prise de décision en santé publique. Elles peuvent servir de guide aux programmes nationaux et aider à améliorer les systèmes de surveillance et les programmes de lutte.

MEDICAMENTS ANTIRETROVIRAUX DANS LE TRAITEMENT DU VIH ET DU SIDA

Emploi de médicaments antirétroviraux pour les infections à VIH asymptomatiques et symptomatiques

Traitements en cours et leur efficacité

Les médicaments antirétroviraux pour le traitement du VIH/SIDA peuvent être séparés en deux classes principales : (1) les inhibiteurs de transcriptases inverses (RTI) et les inhibiteurs de protéases (PI). Les RTI sont ensuite divisés en sous-classes de nucléosides (NRTI) et de non-nucléosides (NNRTI). Une troisième classe, inhibiteurs d'intégrases est en cours de développement. Ces médicaments ciblent les enzymes viraux. Ils sont répertoriés dans le Tableau 1.

**Table 1. Médicaments antirétroviraux communément employés
dans le traitement du VIH/SIDA**

Inhibiteurs de Transcriptases (RTI)		Inhibiteurs de Protéases (PI)
Nucléosides (NRTI)	Non-nucléosides (NNRTI)	
Didanosine (ddI) Lamivudine (3TC) Stavudine (d4T) Zalcibatine (ddC)	Zidovudine (AZT) Delvaridine Nevirapine Indanavir	Saquinavir Palinavir Nelfinavir

L'association de plusieurs médicaments (utilisant souvent trois médicaments antirétroviraux) a démontré qu'elle pouvait réduire de façon considérable la concentration du virus VIH dans le sang et qu'elle augmentait la réponse immunitaire. L'emploi de médicaments antirétroviraux a apporté une énorme amélioration clinique chez les patients et a augmenté leur période de survie (une enquête récente a montré que la mortalité a été réduite de 60 %) quoique les effets à long terme (c'est-à-dire plus de deux ans) ne soient pas encore connus.

Annexe 2

Les associations thérapeutiques utilisent en règle générale à la fois les RTI et les PI. Les protocoles thérapeutiques les plus récents recommandent les thérapies à base de protéases pour les malades atteints du SIDA, et recommandent aux personnes infectées asymptomatiques, de retarder le traitement. La recherche pour de nouvelles associations continue. Par exemple, on a trouvé que l'hydroxyurée (un médicament utilisé autrefois dans le traitement de la leucémie), en association avec le ddI et le d4T, réduisait la concentration du VIH dans le sang.

Lacunes des médicaments antirétroviraux

Le virus VIH se reproduit rapidement, ce qui se traduit par un grand nombre de mutations. Ces mutations donnent parfois lieu à des changements dans les enzymes, qui ne sont plus inhibées, empêchant leur inhibition par les médicaments antirétroviraux. L'emploi de ces médicaments peut causer encore davantage de ces mutations, aboutissant à des souches de VIH résistantes aux médicaments. Il semblerait maintenant qu'une résistance aux médicaments antirétroviraux puisse se développer rapidement lorsque ces médicaments sont utilisés en monothérapie. Il n'est donc plus recommandé d'utiliser la zidovudine (AZT) seule (excepté pour les courtes périodes nécessaires pour réduire la transmission du virus de la mère à l'enfant, ou comme prophylaxie pour un maximum de 4 à 6 semaines en mesure préventive après exposition).

Les associations thérapeutiques coûtent environ US\$ 1000 par mois, par personne, et nécessitent une surveillance clinique et biologique suivie.

A cause des nombreuses réactions secondaires, et des contraintes qu'apporte le traitement, les patients trouvent souvent difficile d'adhérer aux protocoles antirétroviraux. L'adhésion au traitement est souvent inférieure à 50 %. Plus de 30 comprimés doivent parfois être pris quotidiennement à des moments précis, ce qui interfère avec les habitudes alimentaires et les obligations professionnelles et sociales. Beaucoup de patients trouvent impossible de se soumettre à un tel régime pour le reste de leur vie. L'une des conditions principales pour que le patient arrive à supporter un régime aussi difficile est tout d'abord d'accepter son diagnostic et de partager cette situation avec d'autres personnes.

La durée des effets favorables des associations thérapeutiques n'est pas encore connue. La résistance à la chimiothérapie reste difficile à prévoir, à gérer ou à détecter. Plusieurs centres dans le

Annexe 2

monde travaillent pour répondre à des questions de la plus haute importance comme : quand commencer, quand arrêter, quand changer de médicaments et quels médicaments employer. Aucune réponse standard ne peut encore être apportée. Des critères d'éligibilité aux traitements doivent être établis, y compris ceux de l'adhésion et des moyens financiers disponibles. Quand le patient est déclaré éligible, lui-même doit prendre la décision de commencer le traitement.

Emploi de médicaments antirétroviraux après exposition à des liquides biologiques de personnes infectées par le VIH

L'efficacité ainsi que des considérations éthiques de la prophylaxie contre l'infection à VIH (PEP) ont fait l'objet de beaucoup de discussions. PEP est offert dans certains pays dans des circonstances spéciales, par exemple pour les agents de santé, blessés par une aiguille, et qui pourraient ainsi avoir été exposés au VIH. On est encore à débattre ces questions et des directives sur PEP n'ont pas encore été mises en place par l'OMS et l'ONUSIDA. Le PEP comprend souvent l'association de deux médicaments nucléosides (et parfois un inhibiteur protéase), qui doit démarrer les 24 à 48 heures suivant l'exposition (la période idéale est d'une à deux heures après l'exposition). S'il est bien toléré, en général ce traitement est administré durant quatre à six semaines.

Toutefois, on doit prendre note de trois choses. Tout d'abord, le risque moyen de séroconversion à la suite d'une exposition percutanée est en réalité très bas (0,3 %). Ensuite, les données sont rares tant sur l'efficacité du PEP que sur la toxicité de ces médicaments chez des personnes non infectées. Finalement, la ligne de conduite à adopter est d'agir rapidement, en connaissance de l'état sérologique du bénéficiaire et du patient à la source.

Emploi de médicaments antirétroviraux pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant (MTCT)

La transmission du VIH de la mère à l'enfant peut se produire durant la grossesse; durant l'accouchement ainsi que par l'allaitement maternel. En 1997, dans un effort concerté pour enrayer la transmission du VIH de la mère à l'enfant, l'ONUSIDA, l'OMS et l'UNICEF ont mis au point une déclaration de principe sur le VIH et l'alimentation infantile (voir Appendice) et, en 1998, un ensemble complet de principes directeurs a été réalisé, préconisant des méthodes autres que l'allaitement maternel pour les enfants nés de femmes infectées à VIH.

Annexe 2

Ces directives sont destinées à aider les gouvernements à élaborer des politiques nationales visant à réduire le risque de transmission du VIH par l'allaitement maternel, et aussi à aider les administrateurs de santé publique à mettre en place les services et le soutien nécessaires. Ces directives mettent l'accent sur l'importance de la protection, de la promotion et du soutien de l'allaitement maternel comme étant la meilleure méthode pour les nourrissons dont les mères sont séronégatives ou qui ne connaissent pas leur condition VIH. Toutefois, ces directives préconisent des méthodes de remplacement à l'allaitement maternel pour les mères séropositives.

Depuis 1994 on sait que le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant pourrait être réduit d'au moins deux-tiers (de 25 % à 8 %) par l'administration d'AZT aux femmes enceintes séropositives. L'AZT est administré aux femmes par voie orale cinq fois par jour, commençant en moyenne vers la 26^{ème} semaine de gestation et continuant pour le reste de la grossesse. Le médicament est ensuite administré par voie intraveineuse durant l'accouchement, et oralement quatre fois par jour aux nouveau-nés (qui ne sont pas allaités au sein) durant six semaines après la naissance. Une baisse considérable d'infections périnatales à VIH a été signalée dans les pays qui ont mis ce schéma en pratique. Plusieurs pays ne peuvent mettre en place ce schéma préventif à cause du manque de ressources et de services de conseil, de suivi et de soutien.

Une étude récente menée en Thaïlande a prouvé qu'une courte cure d'AZT par voie orale deux fois par jour, à partir de la 36^{ème} semaine de gestation jusqu'à l'accouchement, permettait de réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant d'environ 50 % parmi les femmes qui n'allaitaient pas. L'AZT ne fut pas administré aux nouveau-nés. Ce régime pourrait être utile dans la prévention de l'infection à VIH chez les enfants dans les pays aux ressources limitées. Des enquêtes sont en cours pour évaluer l'efficacité des thérapies orales, simples ou en association, chez les nourrissons allaités au sein. Les résultats de ces enquêtes sont attendus en septembre 1998.

L'OMS a ajouté l'AZT récemment à la liste des médicaments essentiels et le laboratoire pharmaceutique a offert une réduction substantielle du prix de l'AZT utilisé pour réduire la transmission mère-enfant.

Annexe 2

Conditions essentielles requises pour le traitement aux médicaments antirétroviraux

Avant de commencer un traitement aux médicaments antirétroviraux, un certain nombre de conditions doivent être remplies. La prévention, le diagnostic et le traitement des infections opportunistes (y compris la disponibilité de médicaments à prix abordables pour la prévention et le traitement), restent les éléments essentiels de la prise en charge clinique des patients atteints du VIH/SIDA. L'accès aux services de conseil et de dépistage volontaire du VIH (y compris le conseil avant et après le test) est aussi une condition préalable au traitement par médicaments antirétroviraux.

Mettre à disposition des traitements antirétroviraux implique que les services de santé devront s'organiser de manière à assurer de façon durable toute la gamme des services, y compris la fourniture durable des médicaments, des agents bien formés, des facilités de laboratoire de base, le suivi médical régulier ainsi que le soutien psychosocial. Des traitements insuffisamment surveillés, et le manque d'adhésion aux critères d'éligibilité, n'amélioreraient pas les chances de survie. Au contraire, la probabilité de résistance augmenterait, réduisant ainsi les options de futurs schémas thérapeutiques.

La décision d'introduire les médicaments antirétroviraux dans un système de santé publique implique aussi la mise en place de priorités pour chaque pays:

- les responsables devront déterminer l'effet éventuel que ces médicaments pourraient avoir sur la santé dans l'ensemble (dépendant de la contribution relative du VIH/SIDA au fardeau des maladies dans chaque pays) ;
- le coût/efficacité de ces traitements doit être comparé au coût/efficacité d'autres interventions sur le VIH/SIDA, telles que l'éducation, la lutte contre les MST et la sécurité transfusionnelle ;
- les différents traitements antirétroviraux (PEP, MTCT, le traitement des infections à VIH) ainsi que d'autres options de traitement devraient être étudiés, classés par rang de priorité, puis mis en oeuvre progressivement.

Dans le cas de la transmission mère-enfant, l'identification d'un traitement simple et efficace n'est pas suffisant pour en assurer le succès. Les quatre éléments qui interviennent dans le coût des

Annexe 2

interventions pour prévenir la transmission mère-enfant sont les suivants : 1) le coût du dépistage de l'infection (il faut conseiller et proposer un test volontaire à toutes les femmes enceintes) ; 2) le coût des médicaments antirétroviraux ; 3) le coût des méthodes d'allaitement artificiel sécurisé ; et 4) le coût du personnel et des consultations supplémentaires (assistance socio-psychologique, appui clinique et social).

Le futur des médicaments antirétroviraux

Plusieurs nouveaux médicaments plus puissants, avec moins d'effets secondaires et des protocoles plus faciles, sont en cours de développement et d'essais. La thérapie génique pour lutter contre le SIDA en stimulant le système immunitaire est une autre voie de recherche active. Des recherches en cours portent aussi sur la médecine traditionnelle.

VIH et alimentation du nourrisson : Une déclaration politique de l'ONUSIDA, l'OMS et l'UNICEF, 1997

INTRODUCTION

Le nombre d'enfants qui naissent porteurs du VIH augmente chaque jour. La pandémie de SIDA compromet tragiquement les progrès réalisés dans le domaine de la survie et du bien-être de l'enfant.

Du fait de l'importance vitale du lait maternel et de l'allaitement au sein pour la santé de l'enfant, de la prévalence croissante de l'infection par le VIH dans le monde, et de l'existence d'un risque de transmission du VIH par l'allaitement au sein, il est désormais crucial d'établir des politiques concernant l'infection à VIH et l'alimentation du nourrisson.

La présente déclaration vise à fournir aux décideurs certains éléments fondamentaux pour la formulation de telles politiques.

UNE APPROCHE FONDEE SUR LES DROITS DES PERSONNES

Toutes les femmes et tous les hommes, quel que soit leur statut sérologique vis-à-vis de l'infection à VIH, ont le droit de déterminer le cours de leur vie et de leur santé reproductives, et le droit d'avoir accès aux informations et aux services qui leur permettent de protéger leur santé et celle de leur famille.

Lorsque la santé et le bien-être de l'enfant sont en jeu, il convient de prendre des décisions protégeant au mieux les intérêts de l'enfant.

Ces principes découlent des documents internationaux relatifs aux droits des personnes, notamment la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme (1948), la

Convention sur l'Élimination de toutes les formes de Discrimination à l'Égard des Femmes (1979), et la Convention sur les Droits de l'Enfant (1989), et sont en accord avec la Déclaration du Caire (1994) et le Programme d'action de Pékin (1995).

PREVENIR L'INFECTION A VIH CHEZ LES FEMMES

La grande majorité des enfants infectés par le VIH ont reçu le virus de leur mère, elle-même infectée le plus souvent par voie sexuelle lors de rapports non protégés. Aussi est-il prioritaire, aujourd'hui et dans le long terme, de développer des politiques et des programmes visant à réduire la vulnérabilité des femmes vis-à-vis de l'infection à VIH, notamment leur vulnérabilité sociale et économique en améliorant leur statut dans la société. Les mesures pratiques immédiatement nécessaires comprennent l'assurance d'un accès effectif à l'information sur le VIH/SIDA et sa prévention; la promotion de la sexualité à moindre risque, y compris l'utilisation des préservatifs; et le traitement adéquat des maladies sexuellement transmissibles qui favorisent la transmission du VIH.

LA SANTE DES MERES ET DES ENFANTS

Globalement, l'allaitement au sein est très bénéfique aux femmes et aux enfants. Il contribue largement à la survie de l'enfant en le protégeant contre les maladies diarrhéiques, les pneumonies et autres infections

Annexe 2

Appendice

potentiellement létales, tout en améliorant leur qualité de vie par ses vertus nutritionnelles et psychosociales. A l'inverse, l'allaitement artificiel augmente les risques de morbidité et de mortalité infantiles. L'allaitement au sein contribue également à la santé maternelle de multiples façons, par exemple en prolongeant l'intervalle entre les naissances et en aidant à protéger contre les cancers de l'ovaire et du sein.

Toutefois, il est aujourd'hui clairement établi que le VIH - virus responsable du SIDA - peut se transmettre par l'allaitement au sein. Plusieurs études conduites à ce jour indiquent qu'entre un quart et un tiers des enfants nés de mère séropositive pour le VIH deviennent eux-mêmes infectés. Si dans la plupart des cas cette transmission intervient durant la grossesse et au moment de l'accouchement, des études préliminaires indiquent que plus d'un tiers de ces enfants infectés par voie verticale le sont du fait de l'allaitement au sein. Ces études suggèrent un risque moyen de transmission par l'allaitement au sein de 1 sur 7 pour les enfants nés de mère séropositive et allaités au sein par celle-ci. Des données supplémentaires sont nécessaires pour identifier précisément le chronogramme de transmission du VIH par l'allaitement au sein (afin de pouvoir fournir aux mères l'information la plus juste sur les avantages et les risques du sevrage précoce), pour quantifier le risque attribuable à l'allaitement au sein, et pour déterminer les facteurs de risque associés. Des études sont également nécessaires pour évaluer l'efficacité d'autres interventions visant à réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

ELEMENTS FONDAMENTAUX POUR L'ELABORATION DE POLITIQUES CONCERNANT L'INFECTION A VIH ET L'ALIMENTATION DU NOURRISSON

1. Promouvoir l'allaitement au sein

En tant que principe général, dans toutes les populations, quel que soit le taux d'infection par le VIH, il faut continuer de promouvoir l'allaitement au sein.

2. Améliorer l'accès au test VIH et au conseil

L'accès au test VIH et au conseil volontaires et confidentiels doit être facilité pour les femmes et les hommes en âge de procréer, notamment en permettant l'instauration d'un environnement favorable qui encourage les individus à rechercher l'information et le conseil concernant leur statut sérologique vis-à-vis du VIH, plutôt qu'un environnement qui les en décourage par peur de la discrimination et de la stigmatisation.

Dans le cadre du conseil, les femmes et les hommes en âge de procréer doivent être informés des implications, pour la santé et le bien-être de leurs enfants, de leur statut sérologique vis-à-vis du VIH. Le conseil pour les femmes qui se savent séropositives pour le VIH doit inclure la communication des informations les plus actuelles sur les bienfaits de l'allaitement au sein, sur les risques de transmission du VIH par l'allaitement au sein, et sur les avantages potentiels et les risques associés aux autres modes d'alimentation du nourrisson.

Annexe 2

Appendice

3. Permettre un choix éclairé

La mère et le père étant tous deux responsables de la santé et du bien-être de leur enfant, et compte tenu des implications sanitaires et financières pour la famille entière des choix en matière d'alimentation de l'enfant, il convient de les encourager à prendre ensemble des décisions à ce sujet. Toutefois, ce sont les mères qui sont les mieux placées pour décider d'allaiter leur enfant au sein, notamment parce qu'elles peuvent être les seules à connaître leur statut sérologique vis-à-vis du VIH et vouloir exercer leur droit à garder cette information confidentielle. Il est donc essentiel de permettre aux femmes de prendre des décisions pleinement éclairées en ce qui concerne l'alimentation de leur enfant, et de les soutenir dans leurs décisions. Il faut pour cela mettre en œuvre des moyens pour promouvoir un environnement sain, principalement au travers de l'accès à de l'eau non polluée et à des installations sanitaires appropriées, permettant de réduire les risques liés à l'utilisation éventuelle de substituts du

lait maternel. Si un enfant né de mère séropositive peut avoir accès, sans interruption, à des substituts du lait maternel ayant d'une part les qualités nutritionnelles requises et étant par ailleurs correctement préparés et administrés, il sera moins exposé aux risques de maladies et de décès s'il n'est pas allaité au sein. Toutefois, lorsque ces conditions ne sont pas remplies, en particulier là où les maladies infectieuses et la malnutrition sont les principales causes de mortalité chez les enfants, l'allaitement artificiel augmente de façon significative les risques de morbidité et de mortalité infantiles.

4. Eviter les pressions commerciales en faveur de l'allaitement artificiel

Les fabricants et distributeurs de produits qui relèvent du Code international relatif à la Commercialisation des Substituts du Lait maternel (1981) doivent être rappelés à leurs responsabilités dans ce domaine et continuer à prendre toutes les mesures nécessaires pour se conformer aux principes et objectifs du Code.

ANNEXE 3

**Evaluation de la prévalence du VIH dans certains pays et zones
de la Région du Pacifique occidental
(en date de juillet 1998)**

Pays/zone	Année	Prévalence du VIH chez les adultes (15-49 ans)	Taux de prévalence du VIH chez les adultes (15-49 ans) (%)	Femmes parmi la population infectée à VIH (%)	Catégories d'exposition au VIH		
					Contact sexuel (%)	Drogues par voie parenté- rale (%)	Autres (%)
Cambodge	1997	120 000	2,40	50	95	3	2
Malaisie	1997	66 000	0,62	20	20	75	5
Viet Nam	1997	86 000	0,22	20	20	75	5
Papouasie-Nouvelle- Guinée	1997	4 200	0,19	50	95	<1	<5
Brunéi Darussalam	1994	300	0,16	10	97	<1	3
Singapour	1997	3 100	0,15	20	95	<1	5
Australie	1997	11 000	0,14	5	91	5	4
Hong Kong	1997	3 100	0,08	40	80	15	5
Nouvelle-Zélande	1997	1 300	0,07	15	95	3	2
Philippines	1997	23 000	0,06	30	90	<5	6
Chine	1997	400 000	0,06	12	10	50	40
RDP lao	1997	1 000	0,04	50	95	3	2
République de Corée	1997	3 100	0,01	13	93	<1	7
Japon	1997	6 800	0,01	5	50	<5	46

ANNEXE 4

**Evaluation et projections de la prévalence du VIH et de l'incidence du SIDA chez les adultes (15-49 ans)
dans certains pays de la Région du Pacifique occidental, 1997**

Pays	Estimations 1997		Projections pour 2000	
	VIH	SIDA	VIH	SIDA
Australie	11 000	n/a ^a	n/a ^a	n/a ^a
Brunéi Darussalam (1994)	300	< 100	n/a ^b	n/a ^b
Cambodge	120 000	4 000	160 000	9 000
Chine	400 000	5 300	1 200 000	33 000
Japon	6 800	n/a ^a	n/a ^a	n/a ^a
RDP lao	1 000	< 100	n/a ^b	n/a ^b
Malaisie	66 000	2 520	85 000	5 000
Nouvelle-Zélande	1 300	n/a ^a	n/a ^a	n/a ^a
Papouasie-Nouvelle-Guinée	4 200	480	10 500	670
Philippines	23 000	650	38 000	1 780
République de Corée	3 100	n/a ^a	n/a ^a	n/a ^a
Singapour	3 100	< 100	n/a ^b	n/a ^b
Viet Nam	86 000	2 000	300 000	8 000
Total	725 800			

^a L'impact des traitements antirétroviraux sur la prévalence du VIH et l'incidence du SIDA n'est pas connu à moyen et long termes.

^b La prévalence du VIH est trop basse pour permettre des projections.

ANNEXE 5

**Estimations de travail sur la prévalence et les taux de prévalence (chez les plus de 15 ans)
pour certaines MST dans certains pays de la Région du Pacifique occidental, années 90**

Pays	Gonorrhée		Syphilis		Chlamydia		Trichomonase	
	Prévalence	Taux	Prévalence	Taux	Prévalence	Taux	Prévalence	Taux
Australie	n.a.		n.a.		709 000	(5%)	59 000	(<1%)
Brunéi Darussalam	n.a.		1 400	(<1%)	n.a.		n.a.	
Cambodge	177 000	(3%)	236 000	(4%)	236 000	(4%)	n.a.	
Chine	1 365 000	(<1%)	n.a.		18 202 000	(2%)	n.a.	
Hong Kong	2 342	(<1%)	600	(<1%)	3 745	(<1%)	460	(<1%)
Japon	n.a.		n.a.		7 380 000	(7%)	n.a.	
Malaisie	64 000	(<1%)	128 000	(1%)	n.a.		n.a.	
Mongolie	4 600	(<1%)	8 000	(<1%)	n.a.		6 200	(<1%)
Papouasie- Nouvelle-Guinée	93 000	(4%)	93 000	(4%)	533 000	(20%)	n.a.	
Philippines	428 000	(1%)	214 000	(<1%)	2 560 000	(6%)	428 000	(1%)
République de Corée	n.a.		52 500	(<1%)	n.a.		n.a.	
Singapour	4 200	(<1%)	3 800	(<1%)	4 700	(<1%)	n.a.	
Iles du Pacifique	9 000	(<1%)	180 000	(8%)	290 000	(13%)	248 000	(11%)
Viet Nam	239 000	(<1%)	143 000	(<1%)	1 000 000	(2%)	n.a.	

Note : Tous les taux sont calculés pour des populations âgées de plus de 15 ans. Ceux-ci sont calculés à partir d'estimations de travail basées sur les renseignements disponibles et pourraient être augmentés ou diminués de 1 %.

n.a. indique que les données ne sont pas disponibles