

grandir



N°25 Novembre - décembre 2009



actu

Nouvelles recommandations de l'OMS : un véritable tournant en matière de PTME

L'OMS a publié fin novembre 2009 une synthèse de ses prochaines recommandations pour améliorer la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Ces directives portent à la fois sur de nouveaux schémas de prophylaxie par les ARV et sur une approche différente de l'alimentation du nourrisson.

Des traitements plus précoces pour la femme enceinte.

Comme pour les adultes et les adolescents, les femmes enceintes deviennent éligibles au traitement ARV pour elles-mêmes si elles ont moins de 350 CD4/mm³, contre 200 CD4/mm³ dans les recommandations en vigueur jusqu'ici. Si elles ne sont pas éligibles, le traitement ARV prophylactique devra débuter à la 14^{ème} semaine, et non plus à la 28^{ème} comme il est recommandé actuellement.

Des traitements renforcés pour la femme enceinte et le nourrisson.

Au minimum, la femme devra recevoir de l'AZT pendant la grossesse, au mieux, une trithérapie. Le nouveau-né recevra au minimum une prophylaxie pendant 6 semaines après la naissance (AZT ou NVP).

Un allaitement systématiquement protégé.

Si la mère a bénéficié d'une trithérapie prophylactique, celle-ci est poursuivie après la naissance jusqu'à une semaine après la fin de l'allaitement. Si la trithérapie n'est pas accessible, c'est le nourrisson qui reçoit une prophylaxie par la NVP jusqu'à une semaine après la fin de toute exposition au lait maternel.

La fin du sevrage précoce à 6 mois.

Parallèlement à la protection de l'allaitement par les ARV, l'OMS préconise désormais un allaitement maternel pendant 12 mois, tout en maintenant ses recommandations pour un allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois. La diversification alimentaire sera débutée après 6 mois. Le sevrage de l'allaitement maternel pourra être progressif, sur un mois, en poursuivant la protection par les ARV pendant 1 semaine après la fin de l'allaitement. Au-delà de 12 mois, si le nourrisson est infecté par le VIH, il est recommandé de poursuivre l'allaitement au moins jusqu'à 2 ans.

Ces nouvelles recommandations se basent sur des études ayant montré la bonne tolérance de ces schémas et leur efficacité sur la réduction de la transmission verticale du VIH, qui est attendue à moins de 5%. Elles offrent l'avantage de simplifier les options de l'alimentation du nourrisson, qui se heurtent actuellement au choix difficile entre allaitement maternel, souvent non protégé, et alimentation par les substituts du lait maternel : bien que protégeant de la TME du VIH, les SLM sont chers, difficiles d'emploi, stigmatisants et associés à une mortalité et une morbidité infectieuse significatives ; par ailleurs, le sevrage à 6 mois est souvent source de malnutrition et de mortalité.

Sur le terrain, il faudra très certainement prévoir une sérieuse mise à niveau des conseillers et du personnel soignant afin de leur donner les arguments pour convaincre les femmes enceintes du bien fondé de ces nouvelles

actu

Nouvelles recommandations de l'OMS : un véritable tournant en matière de PTME

ZOOM

Enquête GRANDIR : disponibilité des ARV pédiatriques et de la PCR dans les sites partenaires du programme

grandir



Grandir Info est une publication de Sidaction, Initiative Développement et Sol En Si.

Ont participé à ce numéro :

Dr David Masson :
d.masson@id-ong.org

Caroline Tran :
c.tran@id-ong.org

Julie Langlois :
j.langlois@sidaction.org

Réjane Zio :
r.zio@sidaction.org

Valérie Mounier :
v.mounier@sidaction.org

Merci aux membres du comité technique Grandir pour leurs conseils et leurs relectures.

Pour en savoir plus

http://www.who.int/hiv/pub/mtct/mtct_key_mess_fr.pdf

http://www.who.int/hiv/pub/mtct/rapid_advice_mtct_fr.pdf

http://www.who.int/hiv/pub/paediatric/infant_key_mess.pdf

http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/97-89241598873_eng.pdf

pratiques. En effet, un certain nombre de femmes a déjà expérimenté, personnellement ou dans son entourage, la prise en charge réussie - c'est-à-dire sans transmission du VIH - d'un enfant alimenté par les SLM. De plus, la confiance de certaines équipes dans l'efficacité de l'allaitement protégé reste à renforcer.

D'autre part, la monothérapie prophylactique chez le nourrisson pendant plusieurs mois peut faire craindre, si l'enfant est finalement infecté, de devoir utiliser des schémas thérapeutiques d'emblée plus lourds. Par ailleurs, les données de tolérance des traitements auxquels le nourrisson aura été exposé plusieurs mois sont à affiner.

Enfin, on constate que le désir de grossesse augmente chez les femmes séropositives et qu'il est de plus en plus entendu et accepté par les équipes. Certaines femmes présentent des grossesses assez rapprochées. On peut s'interroger sur les effets de traitements ARV séquentiels prolongés, en raison de grossesses successives, notamment des risques de développer des résistances - si l'observance est médiocre - et des difficultés de traitement lorsque la femme aura besoin d'ARV pour elle-même. Tous ces aspects plaident pour un accompagnement des équipes terrain pour qu'elles parviennent à mettre en place un suivi régulier et de qualité des couples mère-enfant, en particulier de l'observance aux traitements ARV, ainsi qu'une disponibilité constante des traitements sur les sites.

Ces nouvelles recommandations vont devoir être adaptées localement et être intégrées dans les protocoles PTME et guides nationaux de prise en charge des enfants exposés; elles vont impliquer des changements profonds dans les pratiques quotidiennes et au niveau opérationnel. Cependant, elles autorisent une approche finalement simplifiée dans la prise en charge nutritionnelle des nourrissons.

A l'heure où la décentralisation de la prise en charge pédiatrique devient un impératif - les sites de référence étant saturés - cette simplification pourrait être un facteur de réussite du passage à l'échelle de ce volet délicat.



zoom

Enquête GRANDIR : disponibilité des ARV pédiatriques et de la PCR dans les sites partenaires du programme

Dans l'objectif d'améliorer l'accès au diagnostic précoce et aux ARV pédiatrique en Afrique de l'Ouest et Centrale, il convient de commencer par documenter leur disponibilité actuelle. L'équipe du programme Grandir s'est appuyée sur son réseau des partenaires africains qui sont les mieux placés pour témoigner de la situation sur le terrain.

En répondant toutes à la même enquête durant 3 années consécutives (2007, 2008 et 2009), douze associations partenaires* ont permis de dresser un panorama de l'accès (disponibilité sur les sites et modalités d'approvisionnement) aux ARV pédiatriques, au diagnostic précoce par PCR et aux aliments thérapeutiques prêts à l'emploi sur les sites de prise en charge des enfants et de leurs parents.

En attendant la publication des résultats complets dans un prochain numéro (l'analyse complète des résultats est en cours, ainsi qu'une enquête téléphonique pour consolider et compléter certaines informations), voici quelques résultats préliminaires :

■ L'accès aux combinaisons ARV pédiatriques de 1^{ère} ligne progresse (AZT ou D4T + 3TC + LPV/r ou NVP ou EFV), cependant les formes galéniques disponibles (sirops) restent difficiles d'emploi ou en retard par rapport aux recommandations de l'OMS.

Sous forme de combinaisons à dose fixe (CDF), seule la moitié des sites ont accès à des 1^{ères} lignes pédiatriques.

D4T+3TC+NVP en CDF (« *Triomune baby* » et « *Triomune junior* ») est la plus répandue, et constitue donc le traitement le plus prescrit. Elle est disponible pour 10 sites sur 12, dont 3 sites subissent des ruptures de stock (Bamako, Brazzaville et Douala). Elle est absente sur les sites de Bouaké et Moundou. En 2007, seul le site de Bamako y avait accès.

AZT+3TC+NVP en CDF, recommandé préférentiellement par rapport aux combinaisons à base de D4T, est disponible pour 5 sites sur 12, dont un site avec des ruptures de stock (Brazzaville). Elle est absente à Cotonou, Bouaké, Bobo-Dioulasso, Lomé, Moundou et Douala. En 2007 et 2008, aucun site n'y avait accès.

Le LPV/r (recommandé pour les nourrissons exposés à la NVP à la naissance), reste inaccessible à Sikasso, Moundou, Brazzaville et Douala, et en accès ponctué de ruptures de stock à Bobo-Dioulasso. Sous la forme de solution buvable, le LPV/r 80+20mg/ml est accessible sans ruptures sur 6 sites. Sous la forme de comprimés à dose pédiatrique le LPV/r 100+25mg est accessible sans ruptures sur seulement 2 sites (Pointe Noire et Yaoundé).

Pour les sites qui n'ont pas accès aux CDF, la combinaison pédiatrique AZT ou D4T+3TC+NVP est disponible seulement sous forme de trois médicaments séparés (solutions buvables géné-

* Mali (ARCAD Sida à Bamako et AKS à Sikasso), Bénin (RACINES à Cotonou), Burkina Faso (REVS+ à Bobo-Dioulasso), Côte d'Ivoire (Centre SAS à Bouaké), Togo (EVT et AMC à Lomé), Tchad (ADN à Moundou), Congo (Serment Universel à Brazzaville et Avenir positif à Pointe Noire), Cameroun (SWAA Littoral à Douala et KidAids à Yaoundé). Un grand merci à ces associations pour leur collaboration !

ralement, et parfois comprimés à doses pédiatriques). Pour ces formes séparées, on observe des ruptures de stock fréquentes à Bobo-Dioulasso, Moundou, Brazzaville et Douala.

En cas de ruptures de stock, les sites tentent d'éviter les interruptions de traitements en recourant à un stock tampon acheté sur fonds propres, en substituant par d'autres molécules ARV, ou en remplaçant les formes pédiatriques par des formes adultes coupées ou écrasées. Mais ces « arrangements » ne sont pas sans risque pour les enfants et ne résolvent pas tout...

■ Le diagnostic précoce des nourrissons exposés, également recommandé par l'OMS pour une mise sous ARV précoce (avant l'âge de 6 mois si possible) en cas d'infection à VIH détectée, est accessible sur la moitié des sites interrogés. Ainsi, la moitié des sites continuent à se baser sur des critères cliniques pour démarrer le TARV chez les nourrissons.

En 2009, les résultats de l'enquête montrent que 6 sites seulement ont accès au diagnostic précoce avec des délais « raisonnables » de rendu des résultats (inférieurs à 2 mois). En 2007, 4 sites sur les 8 interrogés avaient accès au dépistage précoce, il n'y a donc que peu de progrès...

4 sites (Bobo-Dioulasso, Moundou, Douala et Brazzaville) y ont accès avec un délai de rendu des résultats supérieur à 2 mois, ce qui diminue largement l'intérêt de ce test.

Les sites qui n'y ont pas du tout accès sont celui de Cotonou et un site de Lomé.

Nous en concluons que malgré une progression entre 2007 et 2009, l'accès aux ARV pédiatriques de 1^{ère} ligne reste insuffisant. De même, la progression de l'accès au diagnostic précoce des nourrissons est lente et les freins pour y accéder en pratique dans des délais raisonnables sont nombreux.

D'autres éléments essentiels tels que l'accès au suivi biologique, à la prophylaxie IO (Cotrimoxazole pédiatrique) et à la prise en charge nutritionnelle, seront étudiés en 2010.

Sur la base de cet état des lieux, le programme Grandir prévoit, en 2010, plusieurs actions :

- Partager cette « cartographie d'accès aux ARV pédiatriques » avec les acteurs de la prise en charge pédiatrique en Afrique (à travers la newsletter Grandir Info et le site Internet Grandir).
- Apporter un soutien adapté aux lacunes détectées sur les sites partenaires du programme Grandir.
- Plaider, auprès des institutions nationales et des organismes internationaux, pour un meilleur accès aux ARV pédiatriques et au diagnostic précoce des enfants exposés au VIH en Afrique.

Pour en savoir plus

Les résultats complets de l'enquête seront bientôt disponibles sur le site internet de Grandir : www.grandir.sidaction.org

Classement des ARV pédiatriques de 1^{ère} ligne par ordre « d'accessibilité » sur les 12 sites interrogés en 2009

Disponibles sur au moins 9 sites (> 75% des sites interrogés) - avec des ruptures de stock sur 2 à 4 sites	Disponibles sur au moins 5 sites (> 40% des sites interrogés) - avec des ruptures de stock sur 2 à 4 sites	Disponibles sur 4 sites ou moins (> 40% des sites interrogés)
<ul style="list-style-type: none"> - CDF pédiatrique D4T+3TC+NVP 'Triomune baby' - 6mg D4T+ 30mg 3TC + 50mg NVP - CDF pédiatrique D4T+3TC+NVP 'Triomune junior' - 12mg D4T+ 60mg 3TC + 100mg NVP - Névirapine Solution buvable : 10mg/ml - Zidovudine Solution buvable : 10mg/ml - Lamivudine Solution buvable : 10mg/ml - Stavudine Poudre pr sol buvable : 1mg/ml - Efavirenz Gélule pédiatrique : 200mg 	<ul style="list-style-type: none"> - CDF pédiatrique AZT+3TC+NVP : 60mg AZT+ 130mg 3TC + 50mg NVP - Lopinavir /r Solution buvable : 80mg/ml + 20mg/ml - Zidovudine Comprimé pédiatrique : 100mg - Efavirenz Solution buvable : 30mg/ml - Efavirenz Gélule pédiatrique : 50mg - Stavudine Gélule pédiatrique : 20mg 	<ul style="list-style-type: none"> - CDF pédiatrique D4T+3TC 'baby' : 6mg D4T+ 30mg 3TC - CDF pédiatrique D4T+3TC 'junior' : 12mg D4T+ 60mg 3TC - CDF pédiatrique AZT+3TC : 60mg AZT+ 130mg 3TC - Lopinavir /r Comprimé pédiatrique : 100mg LPV+ 25mg RTV