

Chapitre XIII

Prévention de la transmission mère-enfant du VIH : expérience d'un essai clinique

Philippe Msellati, Nicolas Meda,
Rosa Ramon, Odette Ky-Zerbo,
Issiaka Sombié, Christiane Welffens-Ekra

Ce chapitre décrit l'expérience acquise en matière de conseils et de pratiques concernant le mode d'alimentation du nourrisson dans la cohorte DITRAME (DIminution de la TRAnsmiSSion Mère Enfant) constituée à partir de janvier 1995. Suite à la publication d'un essai clinique sur l'efficacité d'un régime prolongé d'AZT pendant la grossesse visant à diminuer la transmission mère-enfant du VIH aux États-Unis et en France (Connor *et al.* 1994), le projet DITRAME (Essai ANRS 049) a évalué l'acceptabilité, la tolérance et l'efficacité d'un régime court d'AZT en prise orale en Afrique de l'Ouest où la pratique de l'allaitement maternel est la norme. Un essai randomisé en double aveugle contre placebo a été conduit dans des formations sanitaires publiques d'Abidjan en Côte-d'Ivoire et de Bobo-Dioulasso au Burkina Faso. Les femmes enceintes infectées par le VIH-1 qui étaient âgées d'au moins 18 ans et qui avaient une grossesse évolutive comprise entre 36 et 38 semaines d'aménorrhée étaient incluses dans l'essai lorsqu'elles le souhaitaient. Les femmes et les enfants qui ont participé à cet essai ont été suivis régulièrement pendant un à trois ans. Le traitement par l'AZT a été bien accepté et

bien toléré par les mères et les enfants. À six mois de vie des enfants, l'efficacité du régime expérimenté à réduire la TME du VIH-1 était de 38 % malgré l'allaitement maternel (Dabis *et al.* 1999). À douze mois de vie des enfants, l'efficacité du régime court d'AZT est restée au même niveau (Welfens-Ekra *et al.* 1999).

Conseils et pratiques d'alimentation du nourrisson à Abidjan

À Abidjan, dans le contexte des recommandations nationales élaborées par la cellule mère-enfant du Programme National ivoirien de Lutte contre le SIDA (Groupe de réflexion sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH en Côte-d'Ivoire 1995), le projet DITRAME a élaboré une stratégie spécifique visant à réduire la transmission postnatale du VIH par l'allaitement et à introduire des alternatives à l'allaitement au sein. En particulier, il a été recommandé d'informer avant l'accouchement les femmes infectées par le VIH sur les risques liés à l'allaitement maternel et sur ceux liés à l'allaitement artificiel. Si la femme choisit l'allaitement maternel, l'arrêt complet de l'allaitement est recommandé autour de l'âge de six mois. Cette recommandation a été appliquée par le projet DITRAME (Msellati *et al.* 1999). Au moment où les femmes reentraient dans l'essai, elles étaient informées à propos de la transmission du VIH par l'allaitement et sur les difficultés liées à l'allaitement artificiel. Jusqu'en octobre 1998, le lait n'était pas payé par le projet de recherche, sauf cas particulier (problème de malnutrition, pathologies mammaires empêchant l'allaitement...).

Parmi les 450 femmes VIH+ suivies par le projet et informées de leur statut vis-à-vis du VIH, 5 % ont choisi l'allaitement artificiel dès la naissance. Ces femmes ont reçu des conseils nutritionnels relatifs à l'allaitement artificiel et les enfants ont été suivis très régulièrement. Lorsque le projet fournissait des substituts du lait maternel, les mères étaient invitées à venir avec leur enfant pour recevoir ces substituts. Ainsi les enfants ont été surveillés au plan de la croissance. De plus ces visites ont été l'occasion de discuter

avec les mères sur leurs pratiques d'allaitement artificiel.

Les femmes qui ont choisi d'allaiter leurs enfants ont été suivies tous les trois mois et venaient quand elles le souhaitaient pour une consultation médicale. Lorsque la femme avait choisi l'allaitement maternel, le conseil vis-à-vis de la transmission par le lait n'était pas repris à tous les rendez-vous entre la naissance et l'âge de 5 à 6 mois, pour ne pas ajouter au sentiment de malaise et de culpabilité de la mère. Le conseil sur le sevrage précoce n'était repris qu'à partir du moment où l'enfant pouvait être nourri autrement. Lorsque les enfants atteignaient l'âge d'environ six mois, les conseils étaient renouvelés pour que la femme arrête l'allaitement maternel et passe à une alimentation avec des substituts du lait maternel ou avec des laitages à base de lait en poudre et des aliments adaptés à l'âge du nourrisson. Dans le cas spécifique des enfants infectés par le VIH, lorsque l'équipe avait des éléments permettant de connaître le statut vis-à-vis de l'infection avant le sevrage, le conseil pour le sevrage n'était pas du tout insistant. À partir de 6 mois, les femmes ont réalisé l'arrêt de l'allaitement maternel sans trop de difficultés. À l'âge de 12 mois, plus de 95% des enfants nés de mères séropositives suivies par le projet ont été sevrés. Dans la population générale fréquentant les mêmes structures de santé, la durée médiane d'allaitement était de 17 mois en 1997. Dans la population de l'essai, 14 enfants ont été allaités artificiellement dès la naissance. Pour les 393 autres enfants, la durée moyenne d'allaitement est de 7,6 mois (229 jours) et la médiane de 7,5 mois (226 jours). Dans un sous-groupe de 21 femmes qui ont été interrogées sur leurs pratiques, celles qui ont choisi d'allaiter artificiellement leur enfant dès la naissance ont partagé leur résultat avec leur partenaire avant de débiter ce mode d'alimentation du fait de la nécessité d'acheter du lait artificiel et donc d'impliquer leur partenaire dans cette dépense. Dans ce groupe, les partenaires informés ont soutenu leur femme dans leur démarche d'allaitement artificiel.

Conseils et pratiques d'alimentation du nourrisson à Bobo-Dioulasso

L'information concernant le risque de transmission du virus de la mère à l'enfant par le lait maternel a été donnée aux femmes enceintes pendant le conseil lié au dépistage volontaire et confidentiel du VIH. Pour les femmes infectées par le VIH et incluses après juin 1997, le message sur le risque de transmission du virus de la mère à l'enfant par le lait maternel a été répété à la femme au moment de l'inclusion, pendant la grossesse. Au deuxième mois après l'accouchement, l'assistante sociale chargée du suivi psychosocial présentait de nouveau à la femme l'intérêt d'un sevrage précoce pour son enfant. Elle lui donnait également des conseils nutritionnels afin que le sevrage soit réussi. Puis tous les trois mois, à chaque visite planifiée par le projet, la femme recevait un conseil sur le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant par le lait maternel ; ce conseil était toujours accompagné de conseils nutritionnels. Les femmes incluses avant juillet 1997 n'ont pas toutes reçu de conseils sur le sevrage précoce, la stratégie vis-à-vis de l'allaitement n'étant pas clairement définie à l'époque. Mais quelle qu'ait été la période d'inclusion, les conseils donnés laissaient à la femme le choix du type d'allaitement, ce en fonction de sa situation économique et de son entourage.

Dans la ville de Bobo-Dioulasso, aucune des femmes suivies par le projet DITRAME n'a choisi l'allaitement artificiel dès la naissance de l'enfant. Elles ont toutes allaité leurs enfants au sein. L'âge de sevrage le plus précoce a été de 12,3 mois, le plus reculé était de 27,9 mois. La durée moyenne d'allaitement a été de 19 mois, la médiane a été de 19 mois.

Conclusions

À Abidjan il ne semble pas y avoir de difficultés majeures à réaliser un arrêt relativement précoce de l'allaitement maternel en termes d'acceptation familiale ou sociale.

Par contre, l'introduction de l'allaitement artificiel dès la naissance est difficile pour des raisons économiques et de stigmatisation possible. Quel qu'ait été le mode d'alimentation du nourrisson retenu par sa mère, il s'agissait pour l'équipe de soutenir ce choix. Si cette option est retenue, il est souvent nécessaire pour la femme de partager son résultat sérologique avec son partenaire pour obtenir aide financière et soutien vis-à-vis des questions de l'extérieur.

À Bobo-Dioulasso il a été observé une cessation tardive de l'allaitement maternel. Cette pratique pourrait s'expliquer en partie par une politique nationale fortement promotrice de l'allaitement au sein, une situation socioéconomique de la femme défavorable et par un risque social de stigmatisation très redouté. En effet, dans un contexte de pauvreté, donner du lait artificiel à son enfant ou le sevrer précocement peut aboutir à un "diagnostic communautaire" d'infection à VIH.

Cette expérience nous a permis de prendre conscience de l'importance du soutien continu que peut apporter l'équipe soignante. Ce soutien ne résoud pas toutes les difficultés, notamment liées à l'entourage familial et social, qu'une mère rencontre au moment du choix, puis tout au long des premiers mois de vie de son enfant, jusqu'à l'âge habituel du sevrage. Mais il permet de répéter une information difficile à entendre pour les femmes, de les aider à mettre en oeuvre concrètement les mesures de prévention et à faire face aux difficultés, notamment liées à la gestion de la confidentialité. À la suite de cette expérience, les programmes opérationnels de prévention qui ont été mis en place à Abidjan par l'UNICEF et le FSTI ont été conçus de manière que le conseil soit accessible en permanence, et soit réalisé conjointement par les équipes soignantes et par des femmes membres d'une association de femmes vivant avec le VIH, qui ont eu, elles-mêmes, l'expérience de l'alimentation d'un nourrisson.

Références bibliographiques

- Connor E.M., R.S. Sperling, R. Gelber *et al.*
1994 Reduction of maternal-infant transmission of Human Immunodeficiency Virus type 1 with zidovudine treatment. *New Engl J Med* 331 : 1173-1180.
- Dabis F., P. Msellati, N. Méda *et al.*
1999 6 month efficacy, tolerance, and acceptability of a short regimen of oral zidovudine to reduce vertical transmission of HIV in breastfed children in Côte-d'Ivoire and Burkina Faso : a double blind placebo controlled multicentre trial. *Lancet* 353 : 786-792.
- DITRAME ANRS 049 Study Group
1999 15-month efficacy of maternal oral zidovudine to decrease vertical transmission of HIV-1 in breastfed African children. *Lancet* 354 : 2050-2051.
- Groupe de réflexion sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH en Côte-d'Ivoire
1995 Transmission verticale et postnatale du VIH : Le silence est rompu à Abidjan. *Sociétés d'Afrique & SIDA* 7 : 2-3.
- Msellati P., N. Meda, C. Welffens-Ekra *et al.*
1999 Zidovudine and reduction of HIV vertical transmission in Africa. *Am J Public Health* 89 : 946-947.
- Msellati P., G. Hingst, F. Kaba *et al.*
2000 *Projet Interim UNICEF 1998-1999. Phase intermédiaire entre un projet de recherche (essai ANRS 049) et un programme de Santé Publique dans le domaine de la prévention de la transmission du VIH-1. Rapport final*, Abidjan, Côte-d'Ivoire, Janvier 2000, 31 p.