

THÈME

Le diagnostic précoce du VIH chez les nourrissons



Les enfants les plus jeunes qui sont exposés au VIH – les enfants âgés de moins d'un an – ne bénéficient pas d'un diagnostic et ne sont pas traités. Conséquence, chaque année, un nombre élevé de très jeunes enfants meurent du SIDA sans que la maladie n'ait jamais été diagnostiquée.

On constate cependant une augmentation encourageante du nombre d'enfants séropositifs au VIH qui bénéficient d'un traitement antirétroviral, de 127 000 en 2006 à près de 200 000 en 2007.

Certains pays ont beaucoup amélioré l'accès au diagnostic précoce du VIH chez les nourrissons : en Afrique subsaharienne, la région qui affiche le nombre le plus élevé de nourrissons exposés, l'Afrique du Sud, le Botswana, le Kenya, le Malawi, le Mozambique, le Rwanda, le Swaziland et la Zambie offrent la possibilité d'effectuer des tests virologiques même dans les régions rurales les plus reculées, grâce à l'établissement de réseaux de dépistage qui effectuent le test avec des spécimens de taches de sang séché sur papier filtre.



LE SAVIEZ-VOUS ?

Un tiers des enfants infectés par le VIH qui n'ont pas accès à un traitement antirétroviral meurent avant l'âge d'un an, et la moitié d'entre eux meurent avant l'âge de deux ans.

Il est possible de sauver de nombreuses vies en administrant un traitement antirétroviral aux nourrissons séropositifs immédiatement après le diagnostic au cours des 12 premières semaines de vie.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande, dans ses directives cliniques, d'administrer immédiatement la thérapie antirétrovirale à tous les enfants de moins d'un an pour lesquels on a établi un diagnostic de séropositivité au VIH plutôt que d'attendre les premiers signes d'infection.

En 2007, 30 pays à revenu faible et intermédiaire ont utilisé des spécimens de taches de sang séché sur papier filtre pour tester l'ADN par réaction en chaîne par polymérase (PCR) et détecter la présence du VIH chez les nourrissons, contre 17 pays en 2005.

PROBLÈMES SOUS-JACENTS

L'accès aux tests qui permettent de diagnostiquer la présence du VIH chez les nourrissons est encore limité. Les pays qui souffrent à la fois d'une pénurie de ressources et d'un taux élevé de maladies infectieuses ont un besoin vital de services de laboratoire et d'un personnel compétent capables de fournir des tests accessibles, appropriés et de qualité pour diagnostiquer la présence du VIH.

Certains nourrissons et enfants ne sont pas testés pour le VIH et ne sont donc pas suivis correctement puisque leur séropositivité n'est pas connue; il arrive souvent qu'on ne découvre que des enfants ont été infectés par le VIH que quand ils tombent gravement malades. Selon une étude réalisée au Malawi, 1 % seulement des enfants de moins de 15 ans qui se sont présentés pour des soins et le traitement du VIH avaient été aiguillés par les services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) – tandis que 80 % d'entre eux venaient des services de pédiatrie ou de récupération nutritionnelle.

L'âge médian auquel le traitement antirétroviral est administré aux enfants séropositifs se situe actuellement entre cinq et neuf ans. Toutefois, lorsque le traitement débute tard, le système immunitaire de l'enfant risque d'être déjà gravement compromis. Une étude a permis de démontrer que les nourrissons et les enfants à qui l'on avait commencé à administrer le traitement antirétroviral quand ils étaient déjà gravement immunodéficients ne récupéraient jamais un niveau normal de fonctionnement immunitaire, même au bout de cinq ans de traitement.

Il n'existe pas de données claires indiquant combien d'enfants nés de mères séropositives au VIH et ayant subi un test de dépistage du VIH avant d'avoir deux mois étaient effectivement séropositifs ou ont suivi immédiatement une thérapie antirétrovirale. Cette lacune illustre une fois encore la pénurie de données concernant l'accès des enfants aux services de traitement du VIH et du SIDA.

Les enquêtes révèlent qu'il est important de diagnostiquer très tôt le VIH chez les nourrissons et de leur donner immédiatement accès aux soins et à un traitement

Selon les études réalisées dans des pays à revenu faible et intermédiaire, sur 100 enfants dont les mères étaient séropositives au VIH en 2007 :



- Huit seulement ont été testés pour le VIH avant l'âge de deux mois.
- Quatre seulement ont été traités au cotrimoxazole à des fins prophylactiques – dans le cadre d'une approche globale de sauvetage de la vie – avant l'âge de deux mois.



Élargir les programmes de diagnostic précoce des nourrissons exposés au VIH et de traitement des enfants infectés. Dans la plupart des pays, cet élargissement exigera un renforcement des capacités d'analyse en fournissant aux laboratoires des équipements et un approvisionnement fiable en réactifs, en formant les prestataires de services et en créant des liens efficaces entre le diagnostic et les soins.

Réviser, en cas de nécessité, les politiques de santé aux niveaux national et infranational afin de renforcer les liens entre le VIH et le SIDA et les interventions en faveur de la survie de l'enfant, la planification familiale fondée sur les politiques nationale et les services de prévention et de traitement des infections sexuellement transmissibles et de la tuberculose, ainsi que pour améliorer la gestion et la coordination des programmes.

Promouvoir l'inclusion de directives relatives au diagnostic précoce et aux cibles de traitement dans les politiques nationales. Pour les nourrissons séropositifs, il convient de définir de nouvelles polythérapies à dose fixe adaptées aux besoins des populations les plus jeunes. Il faudra encore mettre au point des mécanismes novateurs, comme la téléphonie mobile, pour atteindre les familles dans les meilleurs délais lorsque les tests sont positifs, car tout est particulièrement urgent dans ces cas-là, surtout pour les enfants les plus jeunes.

Intégrer les services relatifs au VIH et au SIDA dans les programmes de soins de santé primaire. Il convient d'intégrer la prévention, le diagnostic, les soins et le traitement du VIH dans l'infrastructure sanitaire existante englobant les sites de traitement antirétroviral et les prestations de soins maternels, néonataux et infantiles. La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant doit être disponible dans tous les services de soins maternels, néonataux et infantiles. Cette intégration permettra aux interventions d'atteindre davantage d'enfants et de femmes, tout en luttant contre la stigmatisation attachée aux établissements voués exclusivement au SIDA. Il est possible d'identifier et de faire tester les nourrissons exposés au VIH, d'entreprendre un traitement au cotrimoxazole pour les enfants qui en ont besoin, et de soutenir l'observance du traitement lors des consultations de routine pour les enfants en bonne santé, lors des activités de vaccination planifiées et dans le cadre d'autres interventions.

Donner la priorité à la collecte et à la ventilation de données de qualité. Il est indispensable de disposer de données quantitatives et qualitatives pour pouvoir identifier les populations à risque, connaître les tendances et évaluer les programmes de prévention.

PLEINS FEUX

SUR L'OBTENTION DE RÉSULTATS

L'Initiative VIH/SIDA de la Fondation Clinton soutient l'expansion du diagnostic précoce chez les nourrissons dans 29 pays grâce aux dons en nature facilités par UNITAID et en offrant une assistance technique. Dans ces pays, le nombre de sites capables de fournir un diagnostic précoce chez les nourrissons est passé, rien qu'en 2007, d'environ 200 à plus de 1 400, ce qui a permis de réaliser 200 000 tests de l'ADN par PCR pour détecter la présence du VIH chez les nourrissons.

Le recours à des carnets de santé pour les enfants permet de mieux suivre les enfants exposés au VIH, de s'assurer qu'ils sont aiguillés vers de services de tests virologiques et, le cas échéant, qu'ils sont traités dans les plus brefs délais. Plusieurs pays ont modifié les carnets de santé des enfants pour y faire figurer les informations relatives au VIH. La Zambie, par exemple, a commencé en 2006 à noter si l'enfant était ou non séropositif dans son carnet de santé; c'est ainsi que le nombre d'enfants exposés au VIH qui ont bénéficié d'un test virologique est passé de 1 931 en 2006 à 7 664 en 2007 et à 6 000 rien qu'au cours du premier semestre de 2008.

Il est aussi possible d'élargir le diagnostic du VIH chez les jeunes enfants dans le cadre des Journées pour la santé de l'enfant organisées dans nombre de pays afin de fournir des services de santé et de nutrition à grande échelle. En 2007, au Lesotho, dans le cadre de ces journées pour la santé de l'enfant, plus de 4 400 enfants ont été testés pour le VIH, notamment grâce au test à partir de taches de sang séché, et ont subi des tests de dépistage de la tuberculose et de la malnutrition. Pratiquement tous les participants (adultes et enfants) ont pu être testés. L'expérience du Lesotho est importante en raison du taux élevé de participation et de l'efficacité du dépistage – mais aussi parce qu'elle soulève la question cruciale du consentement et du test implicite des mères quand on teste leurs enfants.

Pour toute information supplémentaire :

Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Les enfants et le SIDA : Troisième bilan de la situation*, UNICEF, New York, 2008.

Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA et Organisation mondiale de la Santé, *Vers un accès universel : Étendre les interventions prioritaires liées au VIH/SIDA dans le secteur de la santé – Rapport de situation 2008*, OMS, Genève, 2008.

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2008*, ONUSIDA, Genève, 2008.

Fonds des Nations Unies pour l'enfance

Division de la communication
Section des professionnels du développement
3, United Nations Plaza, 6e étage
New York, NY 10017
États-Unis
devpro@unicef.org

www.unicef.org/french

© Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)
Décembre 2008