

Diverses questions restent ouvertes, notamment quand doit-on commencer à traiter un enfant séropositif ? Des données indiquent qu'en commençant le traitement dès la naissance, c'est-à-dire souvent au moment de la contamination, on empêcherait, dans certains cas, que l'enfant ne soit infecté ou, du moins, on retarderait l'apparition du SIDA chez les nourrissons infectés. Malheureusement, il faut souvent attendre environ deux semaines après l'accouchement pour confirmer l'infection, lorsque le virus atteint des concentrations détectables dans le sang. Pour mieux protéger les nourrissons, les médecins devraient prescrire un traitement intensif à tous les bébés de femmes séropositives, bien que la majorité d'entre eux échappent naturellement à l'infection. Étant donné les inconvénients d'un tel traitement (complexité, toxicité et coût), de nombreux médecins hésitent à adopter cette solution.

Une prévention quasi inaccessible

Comme toujours, la prévention est le meilleur remède. Pour étudier la transmission de la mère à l'enfant qu'elle porte, des médecins français et américains ont mené une vaste étude clinique, dont les résultats font aujourd'hui référence dans les pays industrialisés. Les femmes séropositives ayant participé à cette étude, en 1994, avaient reçu de la zidovudine (AZT) par voie orale dès la quatorzième semaine de grossesse. Au moment de l'accouchement, le médicament avait été administré par voie intraveineuse. Les nouveau-nés avaient été immédiatement mis sous zidovudine pendant six semaines. Alors que, sans traitement, 26 pour cent des enfants nés de mères séropositives étaient infectés, 8 pour cent des bébés nés dans le groupe traité l'étaient.

Depuis 1994, l'application de ce traitement a notablement réduit la transmission de la mère à l'enfant dans plusieurs pays industrialisés. Pour protéger les mères et leurs bébés, certains médecins préconisent d'ajouter d'autres substances anti-VIH à l'AZT, à condition de bien préciser aux femmes enceintes que l'on manque de données relatives à la sécurité, à la toxicité et aux résultats d'un tel traitement.

On ignore comment la zidovudine empêche la transmission de la mère à l'enfant. Le composé bloque peut-être l'infection au moment de l'ac-



Jeff Scheld, Gamma Liaison Network

UN ENFANT PREND UN MÉDICAMENT ANTI-VIH à l'aide d'une seringue sans aiguille. Les enfants, qui doivent souvent prendre leurs médicaments sous forme liquide, ont moins de médicaments anti-VIH à leur disposition que les adultes ; certains composés anti-VIH ont un goût exécrable, d'autres sont difficiles à préparer sous forme de sirops.

couchement, lorsque les sécrétions maternelles chargées de virus risquent de contaminer les muqueuses des yeux, de la bouche et du tube digestif du nouveau-né et de gagner ainsi la circulation sanguine.

Deux équipes suisses ont montré que la transmission materno-fœtale pouvait être encore réduite, à condition de faire accoucher les femmes séropositives traitées par la zidovudine sous césarienne. Bien que les résultats restent à confirmer, la combinaison césarienne-AZT semble réduire à moins de deux pour cent le risque de transmission. Après l'accouchement, les femmes ne doivent pas allaiter leur enfant.

Malheureusement, cette combinaison ne sera pas applicable dans les pays en développement, où la situation est grave. Comme les femmes de ces pays sont peu (ou pas) suivies médicalement pendant leurs grossesses, le protocole de prévention des pays industrialisés n'est pas applicable. On pourrait simplifier ce protocole en administrant une dose unique du médicament à la mère juste avant l'accouchement et, si possible, une dose à son enfant. Si le traitement était suffisamment bon marché, on pourrait l'administrer systématiquement sans même rechercher si la mère est séropositive ; dans de nombreux pays, les tests de dépistage sont trop onéreux, et une femme séropositive risque d'être rejetée par son entourage ou abandonnée par son mari si l'on apprend qu'elle est séropositive, même si elle a été contaminée par son mari.

Dans les pays en développement, on étudie de nouvelles approches pré-

ventives, tels des traitements à la zidovudine (ou par d'autres médicaments) de courte durée.

L'une de ces études, menée en 1998 en Thaïlande, a montré que la zidovudine administrée par voie orale pendant 25 jours en fin de grossesse, pendant le travail et au moment de l'accouchement divise par deux les risques de transmission (les femmes n'allaitent pas). Malheureusement, les tests de dépistage du VIH et les traitements, même limités, par la zidovudine restent trop souvent inaccessibles.

Les médecins qui soignent les femmes enceintes ou les enfants séropositifs sont confrontés à de nombreuses contradictions : des méthodes efficaces existent contre la transmission de la mère à l'enfant, mais elles sont trop compliquées et trop coûteuses pour un usage généralisé dans les pays qui en auraient le plus besoin. Dans les pays industrialisés, des traitements intensifs semblables à ceux qui sont prescrits aux adultes prolongeraient la vie des plus jeunes, mais trop d'enfants n'ont pas le soutien nécessaire pour suivre ces traitements contraignants. Ainsi, dans les pays riches comme dans les pays en développement, de nouvelles méthodes préventives et des traitements plus simples sont nécessaires d'urgence.

Catherine WILFERT est professeur émérite de pédiatrie et de microbiologie au Centre médical universitaire de Duke, où Ross MCKINNEY dirige le département des maladies infectieuses infantiles.



La prévention de l'infection par le virus du SIDA

THOMAS COATES • CHRIS COLLINS

Les campagnes d'information qui visent à modifier les comportements restent la meilleure arme contre l'épidémie.

On ne disposera pas d'un vaccin efficace contre le VIH avant plusieurs années, de sorte que les États ne peuvent limiter l'épidémie que s'ils parviennent à changer les comportements responsables de la transmission du virus, notamment certains comportements sexuels et la contamination lors de l'injection de drogues.

Devant la progression du nombre de personnes séropositives, les responsables de la santé publique encouragent des pratiques sexuelles plus sûres, notamment l'usage du préservatif. L'exemple de la communauté homosexuelle de San Francisco dans les années 1980 montre que l'on peut persuader le public d'avoir des relations sexuelles protégées : 8 000 hommes environ avaient contracté le VIH en 1982 et en 1983. Dix ans plus tard, le nombre annuel de nouvelles infections était tombé à 1 000, et, aujourd'hui, on l'estime à moins de 400. Cette baisse résulte de la diminution des relations anales non protégées, après les campagnes d'information en faveur du préservatif.

Une éducation ciblée, à l'intention spécifique d'une communauté à risques, est un excellent moyen pour persuader les personnes visées d'adopter des pratiques préventives. À San Francisco, les informations sur la transmission du VIH et sur les pratiques sexuelles dépourvues de risques ont été diffusées par les médias, dans les églises et dans les divers centres fréquentés par la communauté homosexuelle.

Des programmes spécialement destinés aux prostituées ont diminué le risque de transmission du VIH à la fois pour elles et pour leurs clients. En Thaïlande, le ministère de la Santé

a tenté d'instaurer l'usage systématique du préservatif dans les maisons de tolérance. Il fournit les préservatifs et recommande, par l'intermédiaire des médias, des pratiques sexuelles moins risquées. Entre 1991 et 1995, la proportion des hommes utilisant des préservatifs avec des prostituées a augmenté de 61 à 92,5 pour cent. Le taux de contamination par le VIH dans l'armée thaïlandaise est passé de 12,5 pour cent en 1993 à 6,7 pour cent en 1995, grâce à l'usage du préservatif et, aussi, parce que le nombre d'hommes fréquentant les prostituées a diminué.

Les conseils de dépistage réduisent les comportements à risques, tant chez les personnes contaminées que chez les personnes indemnes, comme le montre une étude de grande ampleur menée dans trois pays en développement : l'information dispensée aux couples hétérosexuels où un seul des deux partenaires est séropositif protège efficacement le partenaire non infecté. Au Rwanda, l'utilisation du préservatif par de tels couples a augmenté de 3 à 57 pour cent, et au Congo, de 5 à 77 pour cent.

Une éducation sexuelle complète, dans les écoles, favorise une sexualité plus sûre et diminue l'activité sexuelle des jeunes. Les résultats de 23 programmes d'éducation sexuelle conduits dans les écoles ont montré que les adolescents à qui l'on conseille d'utiliser le préservatif ont moins de rapports sexuels que les autres. Ceux qui ont une activité sexuelle se protègent et ont moins de rapports que les adolescents n'ayant pas reçu d'information sur le SIDA. Les adolescents qui reçoivent une information sur le sida avant d'être sexuellement actifs ont

leurs premiers rapports plus tard et ont moins de partenaires que les jeunes qui n'ont été informés qu'après leurs premières relations sexuelles.

Les actions sociales ou communautaires complètent bien les programmes éducatifs. Au cours d'une étude, on a appris à quelques homosexuels à promouvoir des pratiques sexuelles plus sûres parmi leurs amis et leurs connaissances. Le nombre d'hommes ayant des relations anales non protégées a diminué de 25 pour cent en deux mois seulement ; l'usage du préservatif a augmenté de 16 pour cent, et la proportion d'hommes ayant plus d'un partenaire sexuel a diminué de 18 pour cent. Dans deux autres villes comparables, où aucune action n'avait été entreprise, on n'a constaté aucun changement. Dans une autre étude de ce type, le nombre de rapports sexuels non protégés chez les jeunes homosexuels a diminué de plus de la moitié. Une telle diminution des comportements à risques pourrait réduire suffisamment la transmission du VIH pour bloquer l'épidémie dans cette population.

Les campagnes d'information peuvent aussi modifier les habitudes d'une communauté et lui faire accepter le préservatif : une campagne dans la presse, au Congo, a fait augmenter la vente de préservatifs de 800 000 en 1988 à plus de 18 millions en 1991 ; la proportion des personnes se disant fidèles est passée de 29 à 46 pour cent en un an. En Suisse, après une campagne d'information visant les personnes âgées de 17 à 30 ans, l'usage du préservatif avec les partenaires occasionnels a augmenté de 8 à 50 pour cent entre 1987 et 1991. Parmi les 17-20 ans, la pro-

portion a progressé de 19 à 73 pour cent. Certains ont critiqué le caractère trop explicite de ces campagnes en faveur du préservatif et les ont accusées d'inciter aux relations sexuelles : l'étude suisse a montré que la fréquence restait inchangée et que seule la sécurité des pratiques avait augmenté.

Pour encourager l'utilisation des préservatifs, on cherche aussi à en faciliter l'accès, soit en les distribuant, soit en facilitant leur achat. Selon une étude américaine publiée en 1997, lorsque les préservatifs sont disponibles dans les lycées, leur utilisation augmente sans que le nombre de partenaires sexuels n'augmente ou que l'âge des premiers rapports ne diminue.

D'autres pratiques réduisent aussi les comportements à risques, notamment le dialogue entre les médecins et leurs patients, mais de précieuses occasions sont perdues : selon une étude récente, seuls 39 pour cent des adolescents parlent avec leur médecin des moyens d'éviter la contamination par le VIH, et seulement 15 pour cent parlent de leur vie sexuelle. Pourtant, près de 75 pour cent des adolescents se déclarent prêts à croire les informations que leur médecin leur donnerait dans ce domaine, et 90 pour cent trouveraient utile de parler de sexualité avec un médecin. Plus de 90 pour cent des médecins demandent aux jeunes s'ils fument ; de franches discussions sur la sexualité seraient tout aussi nécessaires.

La lutte contre l'injection de drogues par voie intraveineuse devrait également être privilégiée. Les stratégies de substitution, tel le traitement par la méthadone pour les héroïnomanes, réduisent la transmission du VIH qui résulte de l'échange des seringues. On peut aussi fournir des seringues stériles à ceux qui continuent à s'injecter des drogues. Des programmes d'échange de seringues (qui soulèvent bien des controverses) se sont révélés efficaces contre la transmissions des infections virales : plusieurs études ont montré que l'échange des seringues usagées contre des seringues neuves diminue la transmission du VIH sans augmenter l'usage des drogues.

En France, plusieurs programmes, qui ont commencé en 1993, visent à faciliter l'accès des toxicomanes à des



DES MANIFESTANTS tentent de sensibiliser la population par des pancartes : «Des aiguilles propres bloquent le SIDA.» Diverses études ont montré que l'échange des seringues usagées contre des seringues stériles limite la transmission du VIH sans augmenter la consommation de drogue.

seringues neuves. Selon la Direction générale de la santé, les toxicomanes ont accès, chaque année, à 17 millions de seringues : une dizaine de millions sont vendues en pharmacie, quatre millions sont vendues dans des boîtes nommées Stéribox et trois millions sont distribuées par diverses associations, dans le cadre de programmes d'échange (éventuellement contre des seringues usagées). En facilitant l'accès à des seringues neuves, les autorités sanitaires s'attaquent au VIH, mais aussi au virus de l'hépatite B. Toutefois si, il y a dix ans, 40 pour cent des toxicomanes utilisant des seringues étaient séropositifs et si cette proportion ne dépasse pas 20 pour cent aujourd'hui, la proportion des toxicomanes infectés par le virus de l'hépatite B n'a pas diminué, et reste égale à 75 pour cent.

Enfin, les campagnes d'information spécifiquement destinées aux toxicomanes sont aussi efficaces : un programme financé par l'Institut américain contre la toxicomanie a suivi 641 personnes qui se droguaient par injection ; on les encourageait à suivre une cure de désintoxication et à utiliser, en attendant, des seringues stériles. Au bout de quatre ans, 90 de ces personnes avaient été infectées par le VIH, soit la moitié du chiffre prévu si aucune campagne n'avait été menée.

Les limites des mesures préventives

Une unique séance d'information est moins efficace qu'une série de cours : les jeunes, en particulier, ne modifient leur comportement que s'ils apprennent exactement comment utiliser le

préservatif et comment en exiger l'usage. Un unique message ne suffit pas pour sensibiliser toutes les communautés confrontées à l'épidémie de SIDA. Les informations doivent être adaptées aux origines ethniques, aux préférences culturelles et sexuelles de chaque population.

On dispose aujourd'hui de traitements efficaces, mais ils doivent être commencés le plus tôt possible après la contamination ; des traitements précoces peuvent même réduire le risque de transmission du virus des femmes enceintes à leur bébé. Toutefois, le dépistage obligatoire n'est guère

envisageable : d'après un sondage fait à Los Angeles en 1995, 86 pour cent des personnes interrogées n'auraient pas subi de test de dépistage si celui-ci n'avait pas été anonyme.

De nouvelles méthodes visant à protéger les personnes à risques, notamment les femmes ayant des partenaires séropositifs, sont nécessaires : depuis l'apparition du préservatif féminin, la proportion des femmes ayant une maladie sexuellement transmissible a diminué (par rapport à ce qu'elle était lorsque seul le préservatif masculin était disponible).

La prévention est peut-être moins exaltante que la mise au point de traitements efficaces ou d'un vaccin, mais, aujourd'hui, les actions préventives encourageant des changements de comportements restent la meilleure des armes contre une épidémie qui touche 16 000 personnes de plus, chaque jour, dans le monde. La recherche d'un vaccin contre le VIH doit être poursuivie, mais, même lorsqu'il existera, son efficacité ne sera sans doute pas absolue, et tous ceux qui en ont besoin n'y auront peut-être pas accès. Changer les comportements restera un moyen essentiel pour limiter l'épidémie mondiale ; c'est une question de vie ou de mort.

Thomas COATES dirige le Centre d'études sur la prévention contre le SIDA de l'Université de San Francisco et l'Institut de recherches sur le SIDA, à San Francisco également. Chris COLLINS, ancien collègue de T. Coates, est conseiller politique pour les actions de prévention contre le SIDA, à Washington.
