

Le VIH et l'Alimentation du Nourrisson

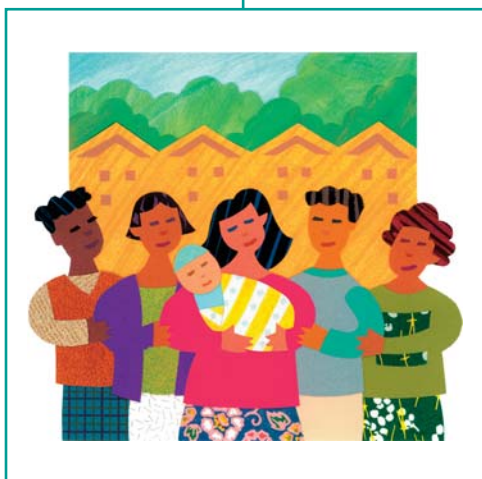
Données nouvelles et expérience programmatique

Rapport d'une Consultation technique

Sur la base d'une consultation technique

tenue au nom de l'Equipe Spéciale
Interinstitutions (InterAgency Task Team -
IATT) sur la prévention des infections
dues au VIH chez les femmes enceintes,
les mères et leurs nourrissons

Genève, 25-27 octobre 2006



Le VIH et l'Alimentation du Nourrisson

Données nouvelles et expérience programmatique

Rapport d'une Consultation technique

Sur la base d'une consultation technique
tenue au nom de l'Equipe Spéciale
Interinstitutions (InterAgency Task Team -
IATT) sur la prévention des infections
dues au VIH chez les femmes enceintes,
les mères et leurs nourrissons
Genève, 25-27 octobre 2006



Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS:

Le VIH et l'alimentation du nourrisson : données nouvelles et expérience programmatique : rapport d'une consultation technique sur la base d'une consultation technique tenue au nom de l'Equipe Spéciale Interinstitutions (InterAgency Task Team - IATT) sur la prévention des infections dues au VIH chez les femmes enceintes, les mères et leurs nourrissons, Genève, 25-27 octobre 2006.

I. Allaitement au sein - orientations. 2. Nutrition nourrisson. 3. Infection à VIH - transmission. 4. Transmission verticale maladie - prévention et contrôle. 5. Directives planification santé. 6. Evaluation résultats (Santé). I. Organisation mondiale de la Santé. II. UNICEF. III. Fonds des Nations Unies pour la population. IV. ONUSIDA.

ISBN 978 92 4 259597 0

(NLM classification: WC 503.2)

© Organisation mondiale de la Santé 2008

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS - que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale - doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé en

Table des matières

Remerciements	iv
Sigles et abréviations	v
Résumé analytique	vi
Introduction	1
Les objectifs	2
Les participants	3
Informations générales	3
La synthèse des nouvelles connaissances et des résultats des programmes	6
Les nouvelles données concernant la transmission du VIH par l'allaitement au sein	6
Les nouvelles données concernant la morbidité et la mortalité	6
L'amélioration des pratiques d'alimentation des nourrissons	7
Nouvelles informations sur les programmes	7
Les recommandations actualisées relatives au VIH et à l'alimentation des nourrissons	9
Les références	11
Annexe 1 Les exposés et les discussions	17
Annexe 2 Le programme de la consultation	39
Annexe 3 La liste des participants	42

Remerciements

L'OMS remercie Mary Glenn Fowler, membre du Groupe conjoint de chercheurs de l'Université Makerere et l'Université Johns Hopkins, qui a rédigé le présent document en sa qualité de rapporteur principal de la consultation technique sur le VIH et l'alimentation du nourrisson. Elle exprime également sa reconnaissance aux autres rapporteurs, aux nombreux participants et au personnel de son Département de la santé et du développement de l'enfant et de l'adolescent qui ont fourni des notes et formulé des observations sur les projets de texte.

Sigles et abréviations

3TC	Lamivudine
ARV	antirétroviraux
FNU	Fonds des Nations Unies pour la population
IATT	Equipe spéciale inter-agences sur la prévention des infections dues au VIH chez les femmes enceintes, les mères et leurs nourrissons
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
NVP	Névirapine
ONU	Organisation des Nations Unies
PCR	réaction en chaîne par polymérase
TME	transmission du VIH de la mère à l'enfant
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VIH	virus de l'immunodéficience humaine
ZDV	Zidovudine

Résumé analytique

L'alimentation optimale du nourrisson dont la mère est infectée par le VIH demeure l'un des principaux soucis du personnel de santé, des femmes séropositives et de leurs proches. Des chercheurs, des directeurs de programme, des experts en alimentation du nourrisson, ainsi que des représentants de l'Equipe spéciale inter-agences sur la prévention des infections dues au VIH chez les femmes enceintes, les mères et leurs nourrissons, des représentants des institutions spécialisées de l'ONU, du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et de plusieurs départements du siège de l'OMS¹ se réunissent du 25 au 27 octobre 2006, à Genève, dans le cadre d'une consultation pour examiner les nombreuses données nouvelles et les résultats de recherches concernant le VIH et l'alimentation du nourrisson, obtenus depuis la consultation technique précédente, tenue en octobre 2000². Leur but est de préciser et d'affiner les principes directeurs actuels adoptés par l'ONU³ sur la base des recommandations formulées lors de la consultation précédente.

Après trois jours de communications scientifiques, de descriptions de programmes et de discussions intenses, le groupe entérine les principes généraux sur lesquels se fondent la plupart des recommandations d'octobre 2000 et parvient à un consensus sur une gamme de sujets. Il examine des données qui n'existaient pas en 2000, notamment les résultats d'études récentes sur la survie sans VIH⁴ de nourrissons âgés de 18 et de 24 mois selon les diverses méthodes d'alimentation, ainsi que sur la morbidité et la mortalité des nourrissons, exposés au VIH mais non infectés, suivis lors d'essais en cours qui portent sur ce qui se passe quand la mère cesse l'allaitement au sein au bout de six mois.

Le présent rapport contient le résumé des conclusions et recommandations formulées lors de la consultation technique de 2006 sur le VIH et l'alimentation du nourrisson. L'annexe I relate en détail les discussions qui se déroulent.

Il existe une mise à jour de la documentation fondée sur le présent rapport⁵. L'OMS continuera de préciser et de perfectionner les principes directeurs, au fur et à mesure de la disponibilité de nouvelles informations.

¹ Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent, Nutrition pour la santé et le développement, VIH/SIDA, Santé et recherche génésiques, Pour une grossesse à moindre risque, Sécurité sanitaire des aliments, zoonoses et maladies d'origine alimentaire.

² OMS. Nouvelles données concernant la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et leurs implications politiques. Conclusions et recommandations. Consultation technique de l'OMS au nom de l'Equipe spéciale inter-agences ONUSIDA/UNICEF/FNUAP/OMS sur la transmission mère-enfant du VIH, 11-13 octobre 2000, Genève. OMS 2001, Genève. WHO/RHR/01.28

³ Pour connaître les principes directeurs, consulter les documents qui se trouvent sur le site: http://www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/HIV_infant.htm; et Les recommandations pour la préparation, la conservation et l'utilisation sans danger des poudres de lait pour nourrissons.

⁴ Il s'agit des jeunes enfants qui sont vivants et non infectés par le VIH à un certain âge, en général, à 18 mois.

⁵ Le VIH et l'alimentation du nourrisson - mise à jour, document en anglais de l'OMS, de l'UNICEF, d'ONUSIDA et du FNUAP, Genève, OMS, 2007

Introduction

Plus de 530 000 nouveaux cas d'infections pédiatriques dues au VIH surviennent chaque année [1], principalement par la transmission du virus de la mère à l'enfant (TME). La stratégie recommandée par les institutions de l'ONU pour prévenir l'infection des nourrissons et des jeunes enfants par le VIH comprend:

- la prévention primaire de l'infection par le VIH chez les futurs parents,
- la prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives,
- la prévention de la transmission du VIH de la mère séropositive à son nourrisson, et
- le traitement et le soutien donnés aux femmes séropositives et à leurs proches.

Dans les régions prospères, telles que les Etats-Unis et l'Europe, il est possible d'atteindre un taux de transmission périnatale de 2% ou moins grâce à un ensemble de mesures comportant des antirétroviraux, des interventions obstétriques et le renoncement à l'allaitement au sein [2, 3]. Quand les ressources sont limitées, on constate l'efficacité de traitements relativement brefs aux antirétroviraux, tels que la zidovudine (ZDV) [4-6], ou la zidovudine et la lamivudine (ZDV/3TC) [7] administrées à la mère vers la fin de la grossesse, une dose unique de névirapine (NVP) [8, 9] administrée à la parturiente au début du travail et au nouveau-né, et une dose prophylactique de NVP/ZDV administrée au nouveau-né [10]. On a vu récemment que la combinaison d'un bref traitement de la mère à la ZDV ou ZDV/3TC accompagné d'une dose unique de NVP¹ semblait avoir un effet synergétique réduisant la transmission à < 2% quand il n'y a pas d'allaitement au sein et à 6-9% en cas d'allaitement au sein, comparé à soit un bref traitement prénatal à la ZDV ou ZDV/3TC, soit à une dose unique de NVP seule lors de l'accouchement [11, 12].

En plus de l'administration intensive d'antirétroviraux et d'interventions obstétriques dont elles bénéficient, les mères séropositives qui vivent dans les régions prospères peuvent presque toujours alimenter leurs nourrissons avec une préparation commerciale, ce qui permet d'éviter l'allaitement au sein. Par contre, de nombreuses femmes séropositives qui habitent dans des pays aux ressources limitées ne peuvent pas offrir à leurs enfants une alimentation de substitution acceptable, praticable, financièrement abordable, sûre et durable. L'allaitement au sein assure au nourrisson une protection importante contre la mortalité due à d'autres infections et à la

¹ Les recommandations formulées par l'OMS en 2006 concernant l'utilisation d'antirétroviraux pour éviter la TME se trouvent, en anglais, sur le site <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/pmtctguidelines2006.pdf>, 20 septembre 2007: *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants in resource-limited settings: towards universal access.*

malnutrition. Dans ces circonstances, on cherche actuellement les moyens d'éviter la transmission du VIH de la mère allaitante à son enfant en réduisant les risques que comporte l'allaitement au sein. Les essais en cours fournissent de nouvelles données sur la santé et la survie des nourrissons selon les méthodes d'alimentation.

En octobre 2006, agissant au nom de l'Equipe spéciale inter-agences (IATT) sur la prévention des infections dues au VIH chez les femmes enceintes, les mères et leurs nourrissons, le Département de la santé et du développement de l'enfant et de l'adolescent organise, avec la collaboration de cinq autres départements de l'OMS, une consultation technique pour examiner les nouvelles connaissances concernant les effets des choix en matière d'alimentation sur la santé du nourrisson dont la mère est séropositive. Les experts analysent les données tirées de récents essais cliniques et de programmes visant à prévenir la TME qui préconisent l'alimentation de substitution et/ou une durée abrégée de l'allaitement au sein.

La consultation a pour but d'étudier les nouvelles informations et les résultats des programmes portant sur des questions précises relatives au VIH et à l'alimentation du nourrisson obtenus depuis une consultation semblable tenue en octobre 2000, afin de déterminer sur quels points il convient d'affiner les principes directeurs et comment les formuler de manière aussi précise et claire que possible. Les experts se concentrent sur les options existant en matière d'alimentation du nourrisson exposé au VIH, tout en sachant qu'il importe d'inclure de nombreux autres éléments dans un ensemble de mesures visant à prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Le programme de travail de la consultation figure à l'annexe 2.

LES OBJECTIFS

Les objectifs spécifiques de la consultation sont:

- d'examiner les nouvelles connaissances concernant:
 - les risques de transmission du VIH par l'allaitement au sein et les moyens de les réduire
 - les effets des différentes options d'alimentation sur la survie de l'enfant
 - la mise en œuvre des recommandations et principes directeurs de l'OMS concernant le VIH et l'alimentation du nourrisson
- de recenser les lacunes dans les connaissances, ainsi que les domaines dans lesquels il faut améliorer les activités, notamment:
 - la durée abrégée de l'allaitement au sein (méthode, processus, alimentation après le sevrage)
 - les services de conseil (procédure, teneur, formation du personnel, algorithmes, attention accordée aux risques)
 - l'utilisation du diagnostic précoce du nourrisson pour recommander un mode d'alimentation.

LES PARTICIPANTS

Les participants sont des experts et des directeurs de programmes de l'Afrique (13), de l'Asie (3), de l'Europe (9), de l'Amérique latine (1) et des Etats-Unis (4), des chercheurs d'institutions partenaires (6), des représentants d'organisations non gouvernementales qui s'occupent de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (6) et d'institutions de l'ONU (ONUSIDA, FNUAP, UNICEF, OMS). La liste de tous les participants se trouve à l'annexe 3.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Les documents de base et les communications préparés pour la consultation, présentés et examinés en séances plénières, comprennent:

- La transmission du VIH par l'allaitement au sein : bilan des connaissances actuelles (actualisé) V. Leroy [13]
- L'abréviation de la durée de l'allaitement au sein pour réduire les risques de transmission postnatale du VIH de la mère à l'enfant : nouvelles informations sur les objectifs, les méthodes, les risques, l'acceptabilité et les solutions de rechange [*non publié*] J. Humphrey et E. Piwoz
- Le lait d'origine animale modifié à domicile peut-il constituer un aliment de substitution approprié ? A. Briend [14].

Les raisons du dilemme que constitue pour la mère séropositive le choix de l'alimentation optimale de son nourrisson

L'efficacité relative des traitements aux ARV quant à la réduction des risques de transmission du VIH est bien connue grâce aux résultats des recherches actuelles. Cependant le choix de l'alimentation optimale du nourrisson dont la mère est séropositive et vit avec peu de ressources demeure très difficile pour le personnel soignant, les ministères de la santé, les communautés et les mères elles-mêmes.

On continue de s'inquiéter que jusqu'à 20% des enfants de mères séropositives sont infectés par le VIH lors de l'allaitement au sein, selon la durée de l'allaitement et l'exposition à d'autres facteurs de risque [15, 16]. L'alimentation de substitution¹ est le seul moyen d'éviter complètement la transmission postnatale du VIH. Mais ce n'est pas une solution acceptable, praticable, financièrement abordable, sûre et durable pour de nombreuses femmes séropositives des pays en développement. Il y a, d'un côté, le risque faible (< 1% par mois), mais persistant de transmission du virus par le lait maternel [17], de l'autre, le fait que l'allaitement au sein réduit considérablement les risques de mortalité infantile due à d'autres maladies infectieuses et à la malnutrition, à savoir, en moyenne de quatre à six fois pendant les six premiers mois et de près de deux fois pendant les six mois suivants du nourrisson [18]. En

¹ L'alimentation de substitution se définit comme l'alimentation d'un nourrisson, qui n'est pas allaité au sein, avec des produits qui lui fournissent les nutriments dont il a besoin.

outre, l'allaitement au sein exclusif¹ satisfait tous les besoins nutritionnels du nourrisson jusqu'à l'âge de six mois et retarde le retour de la fécondité de la mère, ce qui joue un rôle important dans l'espacement des naissances et favorise la santé de la mère et de l'enfant. L'allaitement au sein continue d'apporter de nombreux nutriments dont le nourrisson a besoin après six mois.

Le lait maternel demeure la source de nutrition la meilleure et la plus sûre pour la grande majorité des nourrissons du monde entier. Comme le souligne l'ONU dans le *Cadre pour actions prioritaires concernant le VIH et l'alimentation du nourrisson* [19], il faut continuer de promouvoir et de soutenir l'allaitement au sein par les mères dont la sérologie n'est pas connue. Pour protéger l'allaitement au sein contre l'influence des entreprises commerciales, l'Assemblée mondiale de la Santé adopte, en 1981, le *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* [20], puis des résolutions, appliqués aujourd'hui de façon appropriée dans plus de 60 pays. En 1991, l'UNICEF et l'OMS lancent l'Initiative pour des hôpitaux «amis des bébés» afin d'améliorer les services des maternités appelées à protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement au sein. L'application du Code par le truchement de la législation et de la réglementation nationales protège toutes les femmes et leurs nourrissons, que ceux-ci soient allaités au sein ou non.

En octobre 2000, convoquée par l'OMS au nom de l'IATT, une consultation technique émet, sur la base des informations disponibles, les recommandations suivantes concernant l'alimentation du nourrisson:

- Quand l'alimentation de substitution est acceptable, praticable, financièrement abordable, sûre et durable, il est préférable que la mère séropositive évite entièrement d'allaiter son nourrisson au sein
- Sinon, il est conseillé de pratiquer l'allaitement au sein exclusif pendant les premiers mois du nourrisson
- Pour réduire à un minimum le risque de transmission du VIH, il faut cesser l'allaitement au sein dès que possible, compte tenu des circonstances locales, de la situation de la mère et des risques que présente l'alimentation de substitution (y compris les infections autres que celle que provoque le VIH, et la malnutrition)
- Quand la mère séropositive décide de ne pas allaiter son nourrisson dès sa naissance ou cesse de le faire plus tard, elle doit bénéficier de conseils et d'un soutien spécifiques durant au moins les deux premières années de son enfant pour que l'alimentation de substitution soit appropriée. Il convient de réaliser des programmes destinés à améliorer les conditions pour que l'alimentation de substitution présente le moins de danger possible pour les mères séropositives et leurs proches.

¹ Lors de l'**allaitement au sein exclusif**, le nourrisson ne reçoit durant ses premiers mois que du lait maternel (y compris du lait maternel exprimé), sans aucun autre liquide ou solide, ni même de l'eau, à l'exception de gouttes ou de sirops composés de vitamines, d'oligo-éléments ou de médicaments.

Depuis la consultation de 2000, des essais cliniques et des programmes de prévention de la TME ont permis d'acquérir de nouvelles connaissances tant sur les facteurs de risque de la transmission du VIH pendant l'allaitement au sein que sur les effets des diverses options d'alimentation sur la santé du nourrisson. Lors de leur réunion de 2006, les experts examinent ces nouvelles informations, qui portent, notamment, sur la morbidité et la mortalité des nourrissons exposés au VIH, mais non infectés et que la mère a sevré au bout de six mois, ainsi que la survie sans VIH des nourrissons de 18 mois selon le type d'alimentation.

La synthèse des nouvelles connaissances et des résultats des programmes

Après trois jours de communications scientifiques, de descriptions de programmes et de discussions intenses, le groupe entérine les principes généraux sur lesquels se fondaient les recommandations d'octobre 2000 et, compte tenu des nouvelles connaissances et recherches exposées, il parvient à un consensus sur une gamme de sujets. Les nouvelles connaissances et l'expérience acquise sont résumées ci-dessous. Le compte rendu des exposés et des discussions en plénière ou en groupe figure à l'annexe 1.

LES NOUVELLES DONNÉES CONCERNANT LA TRANSMISSION DU VIH PAR L'ALLAITEMENT AU SEIN

- L'allaitement au sein exclusif jusqu'à six mois réduit de > 50% le risque de transmission du VIH comparé à l'allaitement au sein non exclusif¹, selon trois études sur de grandes cohortes effectuées en Côte d'Ivoire, en Afrique du Sud et au Zimbabwe
- Il se confirme qu'un taux bas de CD4+ chez la mère, une charge virale élevée dans le lait et le plasma maternels, la séroconversion maternelle pendant l'allaitement et la durée de l'allaitement constituent d'importants facteurs de risque qui favorisent la transmission postnatale du VIH et la mortalité infantile
- Des programmes exécutés au Botswana, au Mozambique et en Ouganda semblent indiquer que le traitement antirétroviral très puissant pour les femmes susceptibles d'en bénéficier peut réduire la transmission postnatale du VIH. Mais on attend encore les résultats du suivi de ces essais pour vérifier l'efficacité et l'absence de risque de cette méthode et d'essais cliniques concernant la prophylaxie des nourrissons.

LES NOUVELLES DONNÉES CONCERNANT LA MORBIDITÉ ET LA MORTALITÉ

- Dans les cas où une prophylaxie aux antirétroviraux et la fourniture gratuite de préparations commerciales pour nourrisson étaient assurées, le risque combiné d'infection par le VIH et de décès avant 18 mois était semblable chez les nourrissons recevant une alimentation de substitution dès la naissance et les nourrissons allaités au sein pendant trois à six mois (Botswana et Côte d'Ivoire)

¹ En Côte d'Ivoire, l'allaitement au sein non exclusif comprenait tout autre liquide ou aliment, en Afrique du Sud, il incluait du lait d'origine animale ou d'autres liquides, avec ou sans solides, et, au Zimbabwe, il incluait des liquides et des aliments autres que le lait maternel.

- On estime que le sevrage précoce (avant six mois) augmente le risque de morbidité (surtout de diarrhée) et de mortalité chez les enfants exposés au VIH¹, selon des études achevées (au Malawi) ou en cours (au Kenya, au Malawi, en Ouganda et en Zambie)
- Les données préliminaires tirées d'un essai randomisé en voie de réalisation en Zambie montrent que l'arrêt brusque de l'allaitement au sein à quatre mois réduit la transmission du VIH, mais augmente la mortalité chez les enfants de quatre à 24 mois
- Si l'allaitement au sein de nourrissons infectés par le VIH dure plus de six mois, il accroît les chances de survie, selon des données préliminaires recueillies au Botswana et en Zambie.

L'AMÉLIORATION DES PRATIQUES D'ALIMENTATION DES NOURRISSONS

- Les mères, qu'elles soient infectées par le VIH ou non, procèdent à un allaitement au sein exclusif de manière plus rigoureuse et plus longtemps, jusqu'à six mois, quand elles reçoivent des conseils répétés fréquemment et un soutien de bonne qualité, en Afrique du Sud, en Zambie et au Zimbabwe.

NOUVELLES INFORMATIONS SUR LES PROGRAMMES

- Les recommandations de l'ONU concernant le VIH et l'alimentation des nourrissons sont diffusées et de plus en plus suivies dans la politique élaborée dans divers pays, mais leur mise en œuvre connaît encore des difficultés
- Il est inquiétant de constater que les mesures prises pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant, y compris celles qui comportent le soutien et l'aide en matière d'alimentation des nourrissons, sont insuffisantes, du point de vue tant de leur qualité que du nombre de personnes visées²
- Les services de santé peu développés et mal organisés ne peuvent offrir les conseils et le soutien nécessaires en matière d'alimentation des nourrissons. Quand le soutien est inadéquat, insuffisant ou non existant, les mères, infectées ou non par le VIH, utilisent des méthodes d'alimentation inappropriées
- L'amélioration des conseils relatifs à l'alimentation des nourrissons et des mesures connexes exige un engagement ferme et des efforts constants de la part des institutions et des donateurs internationaux coopérant avec les ministères de la santé

¹ Les enfants exposés au VIH sont ceux dont la mère est séropositive ou qui sont allaités par une femme infectée par le VIH.

² La gamme complète des mesures comprend: la prévention primaire de l'infection des femmes par le VIH, la prévention de grossesses non désirées chez les femmes séropositives, la prévention de la transmission du VIH des femmes séropositives à leur nourrisson et la fourniture de soins, de traitement et de soutien aux femmes séropositives et à leur famille.

- L'accroissement marqué du nombre de décès dus à la diarrhée et à la malnutrition chez les nourrissons qui ne sont pas allaités au sein et les jeunes enfants, constaté lors d'une récente épidémie de diarrhée dans un pays, met en lumière la vulnérabilité des nourrissons et des jeunes enfants qui reçoivent une alimentation de substitution et la nécessité de surveiller attentivement la santé de tous les nourrissons
- Les expériences portant sur le lait d'origine animale modifié à domicile indiquent qu'il n'est pas possible de le fournir sous une forme qui soit sans danger et nutritionnellement appropriée durant les six premiers mois du nourrisson
- La possibilité accrue de poser un diagnostic précoce - durant les premiers mois de vie du nourrisson - et d'assurer un traitement aux antirétroviraux pédiatriques permet de mieux évaluer l'alimentation du nourrisson, de conseiller la mère et d'assurer un soutien et un suivi nutritionnels
- Il est nécessaire de poursuivre la recherche pluridisciplinaire – de la recherche scientifique fondamentale aux essais cliniques et aux études opérationnelles – dans les domaines reconnus comme prioritaires, afin, notamment, de déterminer les options alimentaires les plus appropriées pour les nourrissons exposés au VIH.

Les recommandations actualisées relatives au VIH et à l'alimentation des nourrissons

Se fondant sur les nouvelles connaissances et l'expérience acquises, le groupe approuve les recommandations suivantes adressées aux décideurs et aux directeurs de programmes. Il veut ainsi compléter, préciser et mettre à jour les recommandations et principes directeurs actuels de l'ONU, sans les remplacer. Il existe une mise à jour des principes directeurs de l'ONU englobant ces recommandations complémentaires.

- Le choix de la meilleure option qu'a une mère séropositive quant à l'alimentation de son nourrisson continue de dépendre de sa situation personnelle, y compris de son état de santé, et des circonstances locales, mais devrait être influencé davantage par les services de santé disponibles, les conseils et le soutien qu'elle peut obtenir
- L'allaitement au sein exclusif durant les six premiers mois est recommandé à la mère séropositive, à moins que l'alimentation de substitution soit acceptable, praticable, financièrement abordable, sûre et durable plus tôt pour elle et son enfant
- Il est recommandé à toutes les mères séropositives de renoncer à l'allaitement au sein quand l'alimentation de substitution est acceptable, praticable, financièrement abordable, sûre et durable
- Quand le nourrisson a six mois, si l'alimentation de substitution n'est pas acceptable, praticable, financièrement abordable, sûre et durable, il est recommandé de poursuivre l'allaitement au sein accompagné d'aliments de complément, ainsi que de continuer d'évaluer régulièrement l'état de santé de la mère et de son enfant. L'allaitement au sein doit cesser complètement, dès qu'il est possible de nourrir l'enfant de manière nutritionnellement appropriée et sûre sans lait maternel
- Quel que soit le mode d'alimentation choisi, les services de santé devraient suivre tous les nourrissons exposés au VIH et continuer d'offrir des conseils et un soutien concernant leur alimentation, surtout aux moments clés, quand les décisions relatives à l'alimentation peuvent être reconsidérées, par exemple lors du diagnostic précoce du nourrisson et à six mois
- Il faut encourager vivement la mère d'un nourrisson ou d'un jeune enfant dont on sait qu'il est infecté par le VIH à continuer de l'allaiter, si elle a commencé à le faire
- Les autorités et les autres parties prenantes devraient intensifier la protection et la promotion de l'allaitement au sein et le faciliter pour l'ensemble des mères. Elles devraient également soutenir activement les mères séropositives qui choisissent l'allaitement au sein exclusif et prendre des mesures pour rendre

l'alimentation de substitution plus sûre pour les femmes séropositives qui préfèrent cette option

- Des programmes nationaux devraient fournir à tous les nourrissons exposés au VIH et à leur mère l'éventail complet de soins de santé pour assurer la survie de l'enfant et la santé génésique de la mère¹, dans le cadre de la prévention et du traitement des infections par le VIH. En outre, les services de santé devraient s'efforcer surtout de prévenir l'infection primaire chez les femmes dont les tests effectués lors des consultations prénatales et lors de l'accouchement montrent qu'elles sont séronégatives et leur accorder une attention particulière pendant la période d'allaitement au sein
- Les autorités devraient veiller à ce que les mesures mentionnées ci-dessus soient prises et à ce que les conditions décrites dans les principes directeurs et recommandations en vigueur [21] soient remplies, avant d'envisager de fournir gratuitement des préparations commerciales pour nourrissons
- Les gouvernements et les donateurs devraient œuvrer davantage et fournir beaucoup plus de ressources pour la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et le Cadre pour actions prioritaires concernant le VIH et l'alimentation de l'enfant, afin d'éviter les infections postnatales par le VIH, d'augmenter le taux de survie sans VIH et d'atteindre les objectifs fixés par l'Assemblée générale de l'ONU lors de sa session extraordinaire.

¹ Voir: OMS. *Les antirétroviraux pour le traitement des femmes enceintes et la prévention de l'infection des nourrissons par le VIH dans les pays à ressources limitées*. Genève, 2006. OMS. *Rapport sur la santé dans le monde: Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*, Genève, 2005.

Les références

- 1) ONUSIDA. *Le point sur l'épidémie de SIDA*. Genève, 2006. Disponible sur http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2006/2006_EpiUpdate_fr.pdf
- 2) Dorenbaum A et al. Two-dose intrapartum newborn nevirapine and standard antiretroviral therapy to reduce perinatal HIV transmission: a randomized trial (*L'administration de deux doses de névirapine au nouveau-né lors de l'accouchement pour réduire la transmission périnatale du VIH*). *Journal of the American Medical Association*, 2002, 299 (2): 189-198.
- 3) Cooper ER et al. Combination antiretroviral strategies for the treatment of pregnant HIV-1 infected women and prevention of perinatal HIV-1 transmission (*Stratégie antirétrovirale combinée pour le traitement des femmes enceintes séropositives et la prévention de la transmission périnatale du VIH-1*). *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2002, 29(5): 484-494.
- 4) Wiktor SZ et al. Short-course oral zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 (*Traitement de courte durée à la zidovudine pour la prévention de la transmission du VIH-1 de la mère à l'enfant*), Abidjan, Côte d'Ivoire: a randomized trial. *Lancet*, 1999, 353 (9155):781-785.
- 5) Dabis F et al. 6-month efficacy, tolerance, and acceptability of a short regimen of oral zidovudine to reduce vertical transmission of HIV in breastfed children (*Etude de l'efficacité, de la tolérance et de l'acceptabilité d'un traitement de courte durée à la zidovudine orale pour réduire la transmission verticale du VIH chez les enfants allaités au sein*) en Côte d'Ivoire et au Burkina Faso: a double-blind placebo-controlled multicentre trial. DITRAME Study Group. *Lancet*, 1999, 353 (9155):786-792.
- 6) Shaffer N. Short-course zidovudine for perinatal HIV-1 transmission (*Brève prophylaxie à la zidovudine pour éviter la transmission périnatale du VIH-1*) à Bangkok, Thaïlande: a randomized controlled trial. Bangkok Collaborative Perinatal HIV Transmission Study Group. *Lancet*, 353 (9144): 773-780.
- 7) PETRA Study Team. Efficacy of three short-course regimens of zidovudine and lamivudine in preventing early and late transmission of HIV-1 from mother to child (*Efficacité de trois traitements de brève durée à la zidovudine et la lamivudine pour prévenir la transmission précoce ou tardive du VIH-1 de la mère à l'enfant*) en Tanzanie, Afrique du Sud et Ouganda (Petra study); a randomized, double-blind, placebo controlled trial. *Lancet*, 2002, 359(9313):1178-1186.

- 8) Guay LA et al. Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 (*Comparaison entre une dose unique de névirapine administrée pendant l'accouchement et après la naissance et la zidovudine pour prévenir la transmission du VIH-1 de la mère à l'enfant*) à Kampala, Ouganda: HIVNET 012 randomised trial. *Lancet*, 1999, 354 (9181):795-802.
- 9) Jackson JB et al. Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 (*Comparaison entre une dose unique de névirapine administrée pendant l'accouchement et après la naissance et la zidovudine pour prévenir la transmission du VIH-1 de la mère à l'enfant*) à Kampala, Ouganda: suivi de l'étude HIVNET 012 après 18 mois randomised trial. *Lancet*, 2003, 362(9387):859-868.
- 10) Taha TE et al. Short postexposure prophylaxis in newborn babies to reduce mother-to-child transmission of HIV-1 (*Brève prophylaxie après l'exposition du nouveau-né pour réduire la transmission du VIH-1 de la mère à l'enfant*) NVAZ randomized clinical trial. *Lancet*, 2003, 362(9391):1171-1177.
- 11) Lallemand M et al. Single-dose perinatal nevirapine plus standard zidovudine to prevent mother-to-child transmission of HIV-1 (*Dose unique périnatale de névirapine et zidovudine standard pour prévenir la transmission du VIH-1 de la mère à l'enfant*) en Thaïlande. *New England Journal of Medicine*, 2004, 351(3):217-228.
- 12) Leroy V et al. 18-month effectiveness of short-course perinatal antiretroviral regimens combined to infant-feeding interventions for PMTCT (*L'efficacité pendant 18 mois d'une brève prophylaxie aux ARV accompagnée de conseils relatifs à l'alimentation du nourrisson pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant*) à Abidjan, Côte d'Ivoire. DITRAME PLUS ANRS 1201/1202. 2001-2005. 16e Conférence internationale sur le SIDA, Toronto, Canada, Oral communication THAC0101.
- 13) WHO. HIV transmission through breastfeeding: A review of available evidence (Update) (OMS. *La transmission du VIH par l'allaitement au sein: mise à jour des connaissances*). Sous presse.
- 14) OMS. Home-modified animal milk for replacement feeding—it is feasible and safe? (*Le lait d'origine animale modifié à domicile peut-il constituer un aliment de substitution approprié ?*) Genève, 2007. Disponible en anglais sur le site: <http://who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/infant.htm>.
- 15) DeCock KM et al. Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: translating research into policy and practice (*La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans les pays pauvres en ressources: traduire les résultats de la recherche dans la politique et la pratique*). *Journal of the American Medical Association*, 200, 283(9):1175-1182.

- 16) Gaillard P et al pour le Groupe international de Ghent sur la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Use of Antiretroviral Drugs to Prevent HIV-1 Transmission Through Breast-feeding: From Animal Studies to Randomized Clinical Trials (*L'utilisation d'AVR pour prévenir la transmission du VIH-1 par l'allaitement au sein*). Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 2004, 35(2):178-187.
- 17) The BHITS Group (Groupe d'étude de l'allaitement au sein et de la transmission du VIH). Late Postnatal Transmission of HIV-1 in breast-fed children: An individual patient data meta-analyses (*La transmission postnatale tardive du VIH-1 chez les enfants allaités au sein*). Journal of Infectious Diseases 2004, 189: 2154-2166.
- 18) OMS Collaborative Study Team on the role of breastfeeding on the prevention of infant mortality, effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analyses (*Groupe d'étude sur le rôle de l'allaitement au sein dans la prévention de la mortalité infantile, l'effet de l'allaitement au sein sur la mortalité des nourrissons et des enfants due aux maladies infectieuses dans les pays peu développés*). Lancet, 2000, 355: 451-455.
- 19) OMS, UNICEF, FNUAP, ONUSIDA, Banque mondiale, HCR, PAM, FAO, AEIA. 2003 *Cadre pour actions prioritaires concernant le VIH et l'alimentation du nourrisson*. Disponible sur le site: <http://who.int/child-adolescent-health>
- 20) *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* Genève, 1981. Disponible sur le site http://www.who.int/nutrition/publications/code_french.PDF
- 21) OMS, UNICEF, FNUAP, ONUSIDA. *Le VIH et l'alimentation des nourrissons: Principes directeurs destinés aux décideurs*. Disponible sur le site: <http://who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/HIV/-infant.htm>
- 22) Coovadia HM et al. Mother-to-child transmission of HIV-1 infection during exclusive breastfeeding: the first six months of life (*La transmission du VIH de la mère à l'enfant lors de l'allaitement au sein exclusif pendant les six premiers mois du nourrisson*). Lancet, 2007, 369:1107-1116
- 23) Becquet R et al. Acceptability of exclusive breast-feeding with early cessation to prevention HIV transmission through breast milk (*L'acceptabilité de l'allaitement au sein exclusif de courte durée pour prévenir la transmission du VIH par le lait maternel*), ANRS 1201/1202 Ditrane Plus, Abidjan Cote d'Ivoire. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 2005: 1-9.
- 24) Shankar AV et al. Making the choice: the translation of global HIV and infant feeding policy to local practice among mothers (*L'influence de la politique mondiale en matière de VIH et d'alimentation des nourrissons sur le choix de la mère*) à Pune, Inde. Journal of Nutrition 2006, 1335:960-965.

- 25) Sinkala M et al for the Zambia Exclusive Breastfeeding Study (ZEBS) Team. No benefit of early cessation of breastfeeding at 4 months on HIV-free survival of infants born to HIV-infected mothers in Zambia: the Zambia Exclusive Breastfeeding Study (*L'étude de l'allaitement au sein exclusif en Zambie: cesser l'allaitement au sein quand le nourrisson a 4 mois ne présente pas d'avantage pour les enfants dont la mère est séropositive*). CROI 2007, Session 24, Abstract 74.
- 26) Thea DM et al. Issues in the Design of a Clinical Trial with a Behavioral Intervention – The Zambia Exclusive Breastfeeding Study (ZEBS) (*L'étude de l'allaitement au sein exclusif en Zambie: la conception d'un essai clinique sur un changement de comportement*). *Controlled Clinical Trials* 2004; 25: 353-365.
- 27) Thea DM, et al. Post-weaning breast milk HIV-1 viral load, blood prolactin levels and breast milk volume (*La charge virale du VIH-1 dans le lait maternel après le sevrage, les niveaux de prolactine dans le lait et le volume du lait maternel*). *AIDS* 2006; 20: 1539-1547.
- 28) Thior I et al. Breastfeeding plus infant zidovudine prophylaxis for 6 months vs formula feeding plus infant zidovudine for 1 month to reduce mother-to-child HIV transmission (*La comparaison entre l'allaitement au sein accompagné d'une prophylaxie à la zidovudine pour le nourrisson ou l'alimentation de substitution plus de la zidovudine pendant 1 mois pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant*) au Botswana: a randomized trial: the Mashi Study. *Journal of the American Medical Association*, 2006, 296: 794-805.
- 29) Becquet R et al. Complementary feeding adequacy in relation to nutritional status among early weaned breastfed children who are born to HIV-infected mothers (*L'alimentation de complément convient-elle en cas de sevrage précoce des enfants de mères séropositives*): ANRS 1201/1202 DITRAME Plus, Abidjan , Côte d'Ivoire. *Pediatrics*, 2006, 117:e701-e710.
- 30) Johnson W et al. The challenge of providing adequate infant nutrition following early breastfeeding cessation by HIV-positive, food insecure Mozambican mothers (*La difficulté pour les mères séropositives disposant de peu de ressources de fournir une nutrition appropriée à leur nourrisson après une période abrégée d'allaitement au sein*): PEFAR Implementation Meeting Conference Proceedings, Durban, Afrique du Sud, 2006.
- 31) Humphrey J. Feeding HIV-exposed babies after six months of exclusive breastfeeding: issues, challenges, and unanswered questions (*Les problèmes et les difficultés de l'alimentation des nourrissons exposés au VIH après six mois d'allaitement au sein exclusif*). Path Satellite meeting on infant feeding at the XVI International AIDS Conference Toronto, 2006.

- 32) Kafulafula G et al. Post-weaning gastroenteritis and mortality in HIV-uninfected African infants receiving antiretroviral prophylaxis to prevent MTCT of HIV-1 (*La gastroentérite après le sevrage et la mortalité chez les nourrissons africains séronégatifs traités aux ARV pour prévenir la transmission du VIH-1 de la mère à l'enfant*) XIVe Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes, 25-27 février 2007, Los Angeles, Program and Abstracts, Ab 773.
- 33) Thomas T et al. Rates of diarrhea associated with early weaning among infants (*La prévalence chez les nourrissons des diarrhées liées au sevrage précoce*) à Kisumu, Kenya. XIVe Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes, 25-27 février 2007, Los Angeles, Program and Abstracts, Abstract R-128.
- 34) Onyango C. et al. Early breastfeeding cessation among HIV exposed negative infants and risk of serious gastroenteritis: finding from a perinatal prevention trial (*Les résultats d'un essai de prévention périnatale concernant le risque de gastroentérites graves lors du sevrage précoce chez les nourrissons séronégatifs*) à Kampala, Ouganda. XIVe Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes, 25-27 février 2007, Los Angeles, Program and Abstracts, abstract Z-117.
- 35) Iliff P. et al. Early exclusive breastfeeding reduces the risk of postnatal HIV-1 transmission and increases HIV-free survivals (*L'allaitement au sein exclusif dès la naissance réduit le risque de transmission postnatale du VIH-1 et augmente les survies sans VIH*). *AIDS*, 2005, 19:699-708.
- 36) Coutoudis A et al. Method of feeding and transmission of HIV-1 from mothers to children by 15 months of age (*Le mode d'alimentation et la transmission du VIH-1 de la mère à l'enfant durant les 15 premiers mois*): Prospective cohort study from Durban, Afrique du Sud.
- 37) Moodley D et al. A multicenter randomized controlled trial of nevirapine versus a combination of zidovudine and lamivudine to reduce intrapartum and early postpartum mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus type 1 (*Comparaison entre la névirapine et la combinaison de zidovudine et de lamivudine pour réduire la transmission du VIH-1 de la mère à l'enfant pendant et peu après l'accouchement*). *Journal of Infectious Diseases*, 2003, 187(5): 725-735.
- 38) A. Kim et al. Severe outbreak of diarrheal disease and acute malnutrition among young children (*Une grave épidémie de diarrhée et de malnutrition aiguë chez les jeunes enfants*) —Botswana, 2006. American Society of Tropical Medicine and Hygiene 55th Annual Meeting. Atlanta, GA 2006, Ab 2456.
- 39) Phadke MA et al. Replacement-fed infants born to HIV-infected mothers in India have a high early postpartum rate of hospitalization (*Le taux élevé d'hospitalisation peu après la naissance chez les nourrissons de mères séropositives alimentés avec des produits de substitution en Inde*). *Journal of Nutrition*, 2003, 133: 3153-3157.

- 40) Papathakis PC et al. Are WHO/UNAIDS/UNICEF-recommended replacement milks for infant of HIV-infected mothers appropriate in the South African context? (*Les laits de substitution recommandés par l'OMS, l'ONUSIDA et l'UNICEF pour les nourrissons de mères séropositives conviennent-ils en Afrique du Sud ?*) Bulletin de l'OMS, 2004, 82:164-171.
- 41) Jeffery BS et al. Determination of the effectiveness of inactivation of human immunodeficiency virus by Pretoria pasteurization. (*Déterminer l'efficacité de l'inactivation du VIH par la "pasteurisation Pretoria"*) Journal of Tropical Pediatrics 2001; 47: 345-349.
- 42) Chantry CJ et al. Effects of lipolysis or heat treatment on HIV-1 provirus in breastmilk (*Les effets de la lipolyse ou du traitement thermique sur le VIH dans le lait maternel*). Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome 2000; 24: 325-329.
- 43) Besser, M. Mothers 2 Mothers (*Les mères aident les mères*), South African Journal of Obstetrics and Gynecology; novembre 2006, v.12:3; 122-128.

Les exposés et les discussions

LA SÉANCE D'OUVERTURE ET LE RAPPEL DES FAITS

Elizabeth Mason, directrice du Département de la santé et du développement de l'enfant et de l'adolescent de l'OMS prononce l'allocution d'ouverture. Elle souhaite la bienvenue aux participants et énumère les objectifs de la réunion. Elle souligne que de nombreux experts de plusieurs disciplines sont présents et que la consultation se tient sous les auspices de l'IATT, ce qui en souligne l'importance. Elle rappelle que l'une des recommandations de la consultation précédente, qui a eu lieu en 2000, relative au sevrage le plus tôt possible a été interprétée de diverses manières sur le terrain. Elle constate qu'il n'est pas facile d'utiliser le sigle anglais "AFASS", qui signifie "acceptable, praticable, financièrement abordable, sûre et durable", lors de discussions avec des non-spécialistes. Elle invite les participants à réfléchir aux effets des recommandations sur les mères séronégatives et séropositives.

Etant donné les nombreuses informations et les résultats des programmes obtenus depuis 2000 en ce qui concerne le VIH et l'alimentation du nourrisson, le Dr Mason demande aux participants d'analyser soigneusement ces données et d'indiquer dans quels domaines il convient de prévoir de nouveaux principes directeurs et comment les formuler et les communiquer. Elle estime qu'il faut déceler les lacunes dans les connaissances actuelles en matière de VIH et d'alimentation du nourrisson et perfectionner les outils utilisés. Elle encourage les experts à analyser attentivement les données qui seront présentées durant la consultation et à s'accorder sur la voie à suivre pour progresser.

José Martines, du Département de la santé et du développement de l'enfant et de l'adolescent de l'OMS, énumère les objectifs de la consultation. Il demande aux participants d'étudier les nouvelles données concernant les risques de transmission du VIH par l'allaitement au sein et les moyens de les réduire, d'observer les effets des différentes options d'alimentation du nourrisson sur la survie des enfants et de répertorier les insuffisances des outils de mise en œuvre. Il relève l'importance de la consultation appelée à préciser et améliorer les principes directeurs adoptés par l'ONU au sujet du VIH et de l'alimentation du nourrisson. Le Dr Martines incite les participants à procéder à des échanges de vues francs et critiques quand ils s'exprimeront sur les nouvelles données qui seront présentées. L'OMS attend de la consultation qu'elle se prononce sur les changements à apporter aux recommandations de 2000 sur le VIH et l'alimentation du nourrisson et sur les recherches à effectuer en priorité.

Valériane Leroy, de l'INSERM, parle de la transmission du VIH par l'allaitement au sein, en se référant au document qu'elle a rédigé pour la consultation. Elle mentionne la mortalité infantile dans le monde causée, en grande partie, par des maladies infectieuses évitables, le rôle bénéfique de l'allaitement au sein qui augmente le taux de survie des enfants de moins de cinq ans et les résultats de récents essais

cliniques internationaux. Elle note que le moment de la transmission (in utero, pendant ou après l'accouchement) varie selon les circonstances et fait remarquer que, quand l'allaitement au sein dure plus d'une année, jusqu'à 40% des infections des nourrissons par le VIH se produisent pendant la lactation. Elle cite les taux mensuels de transmission du VIH au nourrisson quand l'allaitement au sein se prolonge, selon une meta-analyse [17], et constate qu'il est difficile de distinguer la transmission qui a lieu lors de l'accouchement de celle qui se produit tout au début de l'allaitement au sein.

Le Dr Leroy évoque également les principaux facteurs de risque de transmission de la mère à l'enfant, en particulier, une charge virale maternelle élevée, un taux de CD4 bas, la durée de l'allaitement et le mélange d'allaitement au sein et d'alimentation de substitution. Elle signale que la transmission postnatale tardive vers 18 mois est de 13,9% en cas d'alimentation mixte qui commence tôt, alors qu'elle est de 8,6% avec l'alimentation prédominante et de 6,9% avec l'allaitement au sein exclusif, selon une étude effectuée au Zimbabwe. L'oratrice souligne le dilemme suscité par le VIH et l'alimentation du nourrisson dans les pays à ressources limitées pour plusieurs raisons: la difficulté sociale de ne pas allaiter son enfant, les avantages de l'allaitement au sein - à savoir l'espacement des naissances et la protection contre les autres causes de mortalité infantile - d'une part, le danger peu important, mais constant de la transmission du VIH pendant l'allaitement au sein, d'autre part. Elle conclut que le choix en connaissance de cause de l'alimentation du nourrisson dépend à la fois des circonstances générales et de la situation personnelle de la mère.

1^{ÈRE} TABLE RONDE: LES NOUVELLES CONNAISSANCES SUR LA TRANSMISSION PAR L'ALLAITEMENT AU SEIN ET LA SANTÉ DU NOURRISSON

Nigel Rollins, de l'Université du KwaZulu Natal (Afrique du Sud), résume les résultats obtenus durant les six premiers mois d'une étude sur la transmission verticale [22] réalisée au KwaZulu Natal sur 1372 paires mère-enfant au total et comportant le calcul des taux de transmission à six et 22 semaines en fonction du mode d'alimentation. Après avoir reçu des conseils individualisés, 82% des mères commencent l'allaitement au sein exclusif, tandis que la plupart des femmes ayant un taux de CD4 < 200 utilisent une alimentation de substitution dès la naissance. Après trois mois, deux tiers des mères continuent l'allaitement au sein exclusif; 40% pratiquent l'allaitement au sein exclusif à six mois, quand elles commencent un sevrage rapide. Les chercheurs attribuent à l'alimentation de substitution un risque de mortalité durant les trois premiers mois deux à quatre fois plus élevé qu'en cas d'allaitement au sein exclusif. Quand l'alimentation est mixte et comprend des solides, le risque de transmission du VIH est multiplié par 11 par rapport à l'allaitement au sein exclusif, alors qu'il double quand l'alimentation mixte comprend de la préparation commerciale pour nourrissons. Le risque de transmission du VIH et de mortalité infantile est le plus élevé quand la mère a un taux de CD4 < 200, même si elle a opté pour un allaitement au sein exclusif. Le professeur Rollins constate que les problèmes de santé des seins sont rares en cas d'allaitement au sein exclusif. Il conclut qu'il est possible d'avoir des taux élevés d'allaitement au sein exclusif

dans les zones rurales, chez les mères tant séropositives que séronégatives, ce qui donne plus de survies sans VIH que l'alimentation mixte ou l'alimentation de substitution.

Jean Humphrey, de l'Université Johns Hopkins, présente des informations sur le sevrage précoce par les mères séropositives et les risques qui s'ensuivent pour les mères et les nourrissons. Elle remarque que, d'après des études menées en Côte d'Ivoire [23], en Inde [24] et en Zambie (communication personnelle de D. Thea), les femmes à qui il est conseillé d'arrêter précocement l'allaitement au sein ne le font pas toutes. Elle indique aussi que les mastites et/ou des douleurs dans les seins sont relativement fréquentes chez les femmes qui cessent brusquement l'allaitement au sein. Dans un essai sur ce sujet, entrepris à Lusaka, en Zambie (l'essai ZEBS) [25, 26], 11% des mères souffrent de mastite et, selon le projet Ditrane de la Côte d'Ivoire, 33% des mères se plaignent de douleurs dans les seins. En outre, de nouvelles données provenant de l'essai ZEBS [27] montrent que la charge virale dans le lait maternel est considérablement plus élevée chez les femmes qui ont choisi un sevrage brutal après quatre mois que chez les autres. Chez plus de la moitié des femmes, le sevrage précoce s'accompagne du début des menstrues six mois après l'accouchement; quelques femmes ont annoncé une grossesse non désirée.

En ce qui concerne les nourrissons, le Dr Humphrey explique les données tirées de l'essai MASH [28], entrepris au Botswana, où les nourrissons sont alimentés de manière aléatoire soit avec de la préparation commerciale dès la naissance, soit par allaitement au sein assorti de ZDF pédiatrique. Dans l'ensemble, le risque de mortalité à sept mois est double pour le premier groupe; et parmi les nourrissons séropositifs, le risque de mortalité atteint 33% dans le premier groupe contre 9% dans le second groupe. Le Dr Humphrey parle aussi du risque de malnutrition des nourrissons lié au sevrage précoce. Durant les premiers six à neuf mois de vie, le lait maternel fournit 60-80% de l'énergie et des protéines, 50-90% des oligo-éléments et 60-100% des liquides nécessaires au nourrisson. Selon des données de la Côte d'Ivoire [29], du Mozambique [30], et du Zimbabwe [31], en l'absence d'allaitement au sein, maintes femmes ne parviennent pas à satisfaire les besoins de leur nourrisson en protéines et oligo-éléments en leur donnant les aliments disponibles, malgré de nombreux conseils qu'elles reçoivent quant à l'alimentation appropriée après six mois. L'oratrice présente des informations fondées sur la modélisation réalisée dans le cadre du projet Zvitambo, au Zimbabwe. Près d'un tiers des transmissions du VIH liées à l'allaitement au sein se produisent quand la mère ne peut pas bénéficier d'une thérapie antirétrovirale très puissante (selon un critère de taux de CD4 < 350 ou des signes cliniques du stade 3 ou 4).

Mary Glenn Fowler, des Universités Makerere et John Hopkins, Kampala (Ouganda), décrit les données portant sur la morbidité et la mortalité chez les nourrissons séronégatifs tirées de trois essais cliniques consacrés à la transmission du VIH quand la mère procède au sevrage six mois après l'accouchement. Ces essais comprennent la phase III de l'essai sur la prophylaxie pédiatrique PEPI [32] mené à Blantyre (Malawi), la phase II de l'étude KiBS, effectuée à Kisumu (Kenya) [33], durant laquelle les mères subissent une thérapie antirétrovirale très puissante pendant le dernier mois de grossesse et six mois après l'accouchement, et l'essai HIVIGLOB [34] de Kampala (Ouganda) dont les phases II et III comparent l'administration d'une

dose de HIVIGLOB à la mère et au nouveau-né ou l'administration quotidienne de NVP au nourrisson, d'une part, à une seule dose de NVP dans l'essai HIVNET 012, d'autre part. Au Kenya et au Malawi, un groupe de mères, qui fréquentent le même dispensaire et qui n'arrêtent pas l'allaitement au sein après quelques mois, sert de référence. Dans les études KiBS et PEPI, le risque d'hospitalisation due à la diarrhée a beaucoup augmenté chez les nourrissons dont l'allaitement au sein a cessé six mois après la naissance, par rapport aux études précédentes durant lesquelles l'allaitement au sein avait duré plus d'une année. De plus, l'étude PEPI du Malawi montre un risque nettement plus élevé de mortalité due à la diarrhée et à d'autres maladies comparé aux résultats de l'étude précédente. Dans l'étude HIVIGLOB, le nombre d'hospitalisations dues à la gastroentérite parmi les 579 nourrissons séronégatifs double pendant les trois mois suivant le sevrage, par comparaison avec les trois mois précédant le sevrage; les décès des 15 nourrissons séronégatifs surviennent tous après le sevrage. L'oratrice présente également un rapport sur l'essai MASHI [28]. La mortalité chez les nourrissons de sept mois est de 9,5% chez les nourrissons alimentés avec une préparation commerciale depuis leur naissance, contre 4,9% chez les nourrissons allaités au sein jusqu'à six mois et traités quotidiennement à la ZDV. Selon ce même essai, la survie sans VIH à 18 mois est semblable, quelle que soit la méthode d'alimentation du nourrisson: 86% chez le groupe nourri avec de la préparation commerciale dès la naissance et 85% chez le groupe allaité au sein.

Louise Kuhn, de l'Université de Columbia, expose les résultats de l'étude sur l'allaitement au sein exclusif (ZEBS) [25,26], effectuée à Lusaka, en Zambie, pour voir si l'allaitement au sein exclusif avec sevrage brutal à quatre mois est faisable et permet de réduire la transmission du VIH et la mortalité des nourrissons de moins de deux ans plus que le sevrage progressif à l'âge médian de 16 mois. L'étude, qui porte sur 958 paires mère-enfant, montre que la survie sans VIH à 24 mois est semblable chez les nourrissons dont la mère est placée aléatoirement dans un groupe qui continue l'allaitement au sein au-delà de six mois et chez ceux dont la mère appartient au groupe qui cesse abruptement l'allaitement au sein à quatre mois. Dans le premier groupe, les mères sont encouragées à pratiquer l'allaitement au sein exclusif pendant six mois, puis à donner graduellement des aliments de complément, tout en continuant d'allaiter jusqu'à ce que le nourrisson ait plus d'un an. Elles cessent complètement l'allaitement au sein au moment qu'elles choisissent en connaissance de cause. Dans l'autre groupe, les mères arrêtent abruptement l'allaitement au sein exclusif après quatre mois. Comme dans l'essai MASHI [28], le taux de survie des nourrissons séropositifs à 24 mois est nettement plus élevé dans le groupe de l'allaitement au sein prolongé que dans le groupe qui cesse l'allaitement au sein abruptement à quatre mois.

Même si l'étude ZEBS ne révèle pas de différence marquée concernant la survie sans VIH à 24 mois entre les bras de randomisation, les avantages de l'allaitement au sein prolongé varient selon le taux de CD4 de la mère. Quand ce taux est élevé, les chances de survie des nourrissons à 24 mois sont plus grandes quand l'allaitement au sein est prolongé que quand l'allaitement s'arrête abruptement à quatre mois. Les données recueillies indiquent que l'allaitement au sein qui dure jusqu'à une moyenne de 16 mois aboutit à une survie sans VIH à 24 mois semblable à la survie des nourrissons dont l'allaitement au sein a cessé entre quatre et six mois.

Les discussions en groupes

1. Concernant les informations données aux mères séropositives qui choisissent l'alimentation de leur nourrisson:

- a) Faut-il ajouter aux raisons en faveur de l'allaitement au sein exclusif le fait qu'il entraîne un risque de transmission du VIH moindre que l'alimentation mixte des jeunes nourrissons?

Le groupe estime qu'il existe actuellement suffisamment de données pour ajouter la diminution du risque de transmission du VIH par rapport à l'alimentation mixte comme un argument de plus en faveur de l'allaitement au sein exclusif. Cette conclusion se base surtout sur les données du projet de Zvitambo publiées récemment [35], ainsi que sur les nouveaux résultats de l'étude de transmission verticale [22], réalisée en Afrique du Sud. Ces études, ainsi que les données publiées antérieurement par Coutsooudis [36] au sujet de l'étude de Durban (Afrique du Sud), confirment la réduction du risque grâce à l'allaitement au sein exclusif. Les experts sont d'accord pour dire que l'alimentation mixte pendant les six premiers mois après la naissance augmente le risque de transmission du VIH par rapport à l'allaitement au sein exclusif. Ils pensent qu'il convient aussi de souligner les autres avantages de l'allaitement au sein exclusif, notamment une plus grande chance de survie générale de l'enfant.

- b) Peut-on préciser le nombre de mois (probablement de 0 à 6) d'allaitement au sein exclusif qui est préférable pour la grande majorité des nourrissons et leurs mères séropositives qui décident d'allaiter leur enfant, étant entendu qu'il faut tenir compte des circonstances particulières éventuelles?

Le groupe recommande d'adresser un message simple. La plupart des membres préfèrent que l'on conseille aux mères qui choisissent l'allaitement au sein de le pratiquer de façon exclusive pendant six mois, tout en reconnaissant que dans certaines circonstances la mère doit cesser l'allaitement au sein plus tôt. La recommandation générale adressée aux mères qui choisissent d'allaiter est de le faire pendant six mois. L'allaitement au sein ne doit pas forcément cesser après six mois; chaque mère doit en décider selon sa situation et les conditions locales, notamment la possibilité de donner au nourrisson une alimentation de substitution appropriée (c'est-à-dire acceptable, praticable, financièrement abordable, sûre et durable). La décision doit surtout dépendre de la capacité de nourrir l'enfant de manière satisfaisante sans lait maternel, avec des aliments de substitution et des aliments de complément disponibles localement, ainsi que de l'évaluation de l'état de santé et de la croissance du nourrisson.

2. Peut-on indiquer plus clairement les risques et avantages des diverses options d'alimentation pour la survie sans VIH du nourrisson?

Les participants relèvent que, d'après les études DITRME Plus [12] et les données MASHI, la survie sans VIH à 18 mois est la même que la méthode d'alimentation soit la préparation commerciale ou l'allaitement au sein durant les quatre à six premiers mois. Ils considèrent en général que chaque mère doit choisir en fonction du milieu local, tout en étant avertie qu'il faut éviter l'alimentation mixte pendant les six premiers mois du nourrisson.

3. Quand on discute des options d'alimentation du nourrisson avec une mère séropositive, faut-il continuer de recommander un sevrage précoce si elle choisit l'allaitement au sein? Si oui:

a) Dans quelles circonstances ? (Eventuellement pendant les 0-6 premiers mois)

Les participants examinent les preuves de plus en plus nombreuses, y compris les nouvelles données présentées à la consultation, que dans de nombreux pays à ressources limitées, le sevrage précoce conduit au remplacement du lait maternel par une alimentation de substitution qui n'est pas acceptable, praticable, financièrement abordable, sûre et durable pour la plupart des femmes ayant un revenu bas et peut provoquer des maladies ou la mort du nourrisson. Il faut donc préconiser l'allaitement au sein exclusif pendant six mois, à moins que l'alimentation de substitution ne réponde aux conditions mentionnées; dans ce dernier cas, il faut éviter tout allaitement au sein.

b) Peut-on préciser les principes directeurs actuels concernant:

- *La durée de la transition de l'allaitement au sein exclusif à l'alimentation de substitution?* Le groupe constate que, d'après les études effectuées, la période de transition est parfois brève – deux à trois jours -, parfois longue – deux à trois semaines. Il est suggéré que si la mère a l'intention de continuer d'allaiter son enfant après six mois, l'apport d'aliments de complément doit se réaliser graduellement, comme dans l'étude ZEBBS. Mais les experts estiment que les données disponibles sont encore insuffisantes pour formuler une telle recommandation. Il faut poursuivre les recherches pour déterminer la durée optimale et le mode de transition de l'allaitement au sein exclusif à une alimentation de substitution complète.
- *La manière dont la mère et le bébé parviendront à mieux résoudre les problèmes qui surgissent lors du sevrage (pleurs, santé des seins, alimentation à l'aide d'une tasse, repas nocturnes, etc.) ?* Les participants discutent des différentes stratégies permettant de calmer les pleurs du nourrisson et de lui apprendre à boire à la tasse, ainsi que de satisfaire son besoin de téter quand il n'est plus allaité au sein.
- *Les critères permettant d'évaluer si l'alimentation des enfants qui ne sont pas allaités au sein est suffisante?* Les experts parlent de la nécessité de suivre la croissance du jeune nourrisson et de l'évaluation continue de la nourriture consommée par le nourrisson. Actuellement, les principes directeurs en vigueur relatifs à l'alimentation des enfants qui ne sont plus allaités au sein après six mois ne sont pas assez diffusés, ni utilisés dans les programmes exécutés sur le terrain.
- *Les conditions dans lesquelles l'allaitement au sein au-delà de six mois continue d'être approprié?* Le groupe recommande que les mères séropositives continuent l'allaitement au sein, jusqu'à ce que l'alimentation de substitution soit acceptable, praticable, financièrement abordable, sûre et durable; dès ce moment, il faut cesser l'allaitement au sein. Si la séropositivité d'un nourrisson est confirmée, il faut vivement encourager la mère à continuer de l'allaiter au sein. Il importe d'évaluer régulièrement la santé de toutes les mères séropositives en vue d'un éventuel traitement aux

ARV. La femme qui, selon les critères de l'OMS, a besoin d'une thérapie antirétrovirale doit en bénéficier pendant la lactation, en étant suivie attentivement, ainsi que son nourrisson.

- *Que peuvent faire la mère, les proches et la communauté pour s'assurer que la nutrition sans allaitement au sein est appropriée durant la période suivant le sevrage jusqu'à deux ans?* Les experts discutent de la nécessité d'évaluer la capacité des services de santé d'aider les mères séropositives qui optent pour l'alimentation de substitution, afin que les nourrissons soient en bonne santé. Le personnel de santé doit pouvoir enseigner à la mère les règles d'hygiène à observer, particulièrement en ce qui concerne l'eau, et la manière de préparer des aliments qui répondent aux besoins du nourrisson en oligo-éléments et en calories. Les services de santé doivent aussi pouvoir soigner cliniquement le nombre croissant de gastroentérites aiguës dont souffrent les nourrissons qui reçoivent une alimentation de substitution. Pour assurer la survie de l'enfant, il faut aussi intervenir de façon préventive, par des suppléments périodiques de vitamine A, la vaccination, des moustiquaires imbibées d'insecticide, etc.

Parmi les autres questions soulevées figurent la durée de l'allaitement au sein, les effets d'infections incidentes chez la mère pendant la lactation et la nécessité de mieux comprendre les répercussions de l'allaitement au sein prolongé sur la santé de la mère séropositive. En outre, on ne connaît pas les conséquences à long terme de l'exposition du nourrisson aux ARV, surtout quand il est séronégatif.

Le groupe s'inquiète de la qualité des conseils concernant l'alimentation de substitution acceptable, praticable, financièrement abordable, sûre et durable et pense qu'il faut compléter la formation des conseillères en matière d'alimentation du nourrisson qui doivent disposer de suffisamment de temps pour les entretiens avec les mères et leur fournir du matériel informatif. Il souligne qu'il convient d'ajouter aux critères usuels relatifs à l'alimentation de substitution l'accès à des services de santé pour soigner les infections aiguës des nourrissons lors de l'exécution des programmes, car la qualité des soins et du suivi assurés pendant les essais peut être artificiellement bonne. Les cartes explicatives et la méthode conçues par l'OMS pour les conseils relatifs à l'alimentation du nourrisson sont beaucoup utilisées et appréciées, mais il serait judicieux de les comparer à d'autres procédés.

Les experts examinent les nouvelles données présentées et concluent que l'on comprend actuellement beaucoup mieux que lors de la consultation de 2000 les conséquences pour le nourrisson de l'alimentation avec une préparation commerciale dès la naissance et du sevrage précoce dans les pays à ressources limitées. Cette constatation vaut surtout pour l'Afrique sub-saharienne, pour laquelle on ne possédait que très peu de données auparavant. On dispose aussi de plus d'informations sur le moment et le risque de transmission du VIH pendant l'allaitement au sein [17, 37] et sur les dangers que présente l'alimentation mixte pendant les six premiers mois de vie du nourrisson. On peut envisager d'inclure la capacité des services de santé de soigner les maladies aiguës et la malnutrition des nourrissons parmi les conditions fixées pour préconiser l'alimentation de substitution.

Le groupe propose d'attirer davantage l'attention sur le principe directeur déjà formulé par l'OMS, selon lequel les ministères de la santé et les donateurs devraient compléter leurs programmes qui fournissent gratuitement la préparation commerciale aux mères qui choisissent l'alimentation de substitution par des mesures équivalentes destinées aux mères séropositives qui décident d'allaiter (c'est-à-dire des conseils, des compléments nutritionnels pour la mère, ainsi que pour les nourrissons de six à douze mois).

4. En attendant les résultats des études actuelles sur l'innocuité et l'efficacité, peut-on déterminer plus clairement le rôle des ARV dans la prévention de la transmission du VIH par l'allaitement au sein?

Il ressort des discussions que les femmes qui ont besoin d'antirétroviraux pour leur propre santé devraient recevoir un tel traitement pendant la lactation. Il est très important d'évaluer le droit de la femme à une thérapie pendant la grossesse et après l'accouchement, étant donné le rôle vital que joue la mère dans la famille et le fort lien direct qui lie la survie de l'enfant à celle de sa mère. L'impact d'une thérapie antirétrovirale maternelle très puissante pendant l'allaitement au sein sur la transmission du VIH et la santé de l'enfant n'est pas connu, mais fait l'objet de plusieurs essais cliniques entrepris en Afrique. Il est préférable d'éviter de formuler des recommandations fondées sur les résultats des programmes, tant que les données tirées des essais cliniques n'ont pas été évaluées. Selon les principes directeurs en vigueur, les recommandations concernant le VIH et l'alimentation du nourrisson ne changent pas, que la mère soit traitée aux ARV pour sa propre santé ou non.

2^E TABLE RONDE: LES NOUVELLES CONNAISSANCES EN MATIÈRE D'OPTIONS D'ALIMENTATION

Tracy Creek, du Centre états-unien de prévention et de lutte contre les maladies, présente des données relatives à de graves flambées épidémiques de diarrhée et de malnutrition [38] chez les nourrissons et les jeunes enfants apparues en 2006, dans la région de Francistown du Botswana. Dans ce pays, dont le ministère de la santé recommande aux femmes séropositives d'alimenter leurs nourrissons avec de la préparation commerciale, fournie gratuitement par le gouvernement, 63% des mères déclarées séropositives suivent ces conseils. Au début de 2006, le ministère de la santé remarque une augmentation considérable des cas de diarrhée pédiatrique et des hospitalisations dues à cette maladie. Le nombre de cas de diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans quadruple entre 2004-2005 et 2006; le nombre de décès d'enfants de moins de cinq ans passe de 24 en 2004 et 21 en 2005 à au moins 532 en 2006. Ces décès de jeunes enfants attribués à la diarrhée et la malnutrition surviennent après des pluies exceptionnellement abondantes, qui provoquent le débordement des latrines de 25% des familles des patients. Les pathogènes identifiés chez les patients comprennent des *Cryptosporidium*, *E. Coli enteropathogènes*, *Salmonella* et *Shigella*. Une étude de cas-témoins menée par le Centre dans la région de Francistown montre que parmi les enfants amenés aux urgences pour la diarrhée il y a 50 fois plus d'enfants non allaités au sein que d'enfants allaités au sein. 96% des enfants hospitalisés pour la diarrhée ont moins de deux ans et 93% ne sont pas allaités au sein. Environ la moitié des nourrissons et des jeunes enfants qui ne sont

pas allaités au sein n'étaient pas en bonne santé avant d'attraper la diarrhée et 35% d'entre eux ont souffert de cette maladie pendant deux semaines ou plus. La mortalité causée par la diarrhée durant l'épidémie est extrêmement élevée: un bébé sur cinq hospitalisés pour la diarrhée meurt. Les facteurs de risque de mortalité statistiquement importants sont, entre autres, l'absence d'allaitement au sein (risque de mortalité multiplié par 8,5) et le kwashiorkor (risque de mortalité multiplié par 2,6). Aucun enfant allaité au sein ne meurt pendant l'étude.

Le Dr Creek déclare que l'épidémie qui a éclaté au Botswana souligne la nécessité d'un accès sûr à de l'eau propre, d'une bonne hygiène et de conseils sur la nutrition appropriée. Il ne faut recourir à l'alimentation de substitution avec une préparation commerciale que quand elle est acceptable, praticable, financièrement abordable, sûre et durable. L'oratrice conclut que l'utilisation d'une préparation commerciale ne doit pas être présumée "sans danger" dans un pays à ressources limitées, d'autant plus que sa qualité peut varier énormément selon les conditions météorologiques, et que les responsables des programmes doivent s'assurer que la distribution de préparations commerciales pour les nourrissons exposés au VIH réduit vraiment la mortalité dans les conditions locales, avant de la pratiquer généralement.

André Briend, de l'OMS, présente une compilation de données relatives à l'utilisation du lait d'origine animale modifié à domicile en tant qu'aliment de substitution durant les six premiers mois du nourrisson. Il expose les préoccupations concernant les risques et les carences nutritionnelles, notamment en acides gras essentiels et en oligo-éléments. Il cite une étude qui montre un taux élevé d'hospitalisations en Inde chez les jeunes nourrissons alimentés avec du lait d'origine animale modifié à domicile [39]. L'orateur décrit également une étude effectuée en Afrique du Sud [40] d'où il ressort qu'aucun lait d'origine animale modifié à domicile ne contient tous les oligo-éléments jugés nécessaires. Il mentionne la possibilité d'ajouter du fer et d'autres oligo-éléments, ainsi que des acides gras essentiels au lait d'origine animale modifié à domicile servant d'aliment de substitution pendant les six premiers mois du nourrisson. La contamination bactérienne et la difficulté qu'éprouvent les mères à préparer des dilutions correctes sont les principales raisons d'inquiétude. Le Dr Briend déclare qu'il n'existe *aucune* preuve d'utilisation satisfaisante, à grande échelle, de lait d'origine animale modifié à domicile durant les six premiers mois du nourrisson. Pour toutes les raisons mentionnées, il conclut qu'il ne faut pas recommander le lait d'origine animale modifié à domicile comme option réelle et sûre d'alimentation de substitution durant les six premiers mois de vie.

Anne Coutsooudis, de l'Université de KwaZulu Natal, décrit l'expérience acquise à Durban, en Afrique du Sud, dans le cadre d'un programme d'allaitement au sein exclusif. La sensibilisation initiale de la communauté, suivie de la formation des prestataires de soins de santé et la mise en place de services bien développés de conseil et soutien durables destinés aux mères peuvent inciter un grand nombre de celles-ci à pratiquer l'allaitement au sein exclusif. Dans le programme de Durban, 82% des mères allaitent leur enfant de manière exclusive quand il a quatre semaines, 67% quand il a trois mois et 40% quand il a six mois. Le professeur Coutsooudis indique aussi que des conseillères non professionnelles peuvent apporter un soutien approprié à l'allaitement au sein exclusif. Elle conclut que pour que l'allaitement

au sein exclusif soit accepté et pratiqué, il faut encourager toutes les mères – et pas seulement celles qui sont séropositives - à le choisir.

Elle passe également en revue de nouvelles données concernant la pasteurisation du lait¹. Il existe actuellement deux techniques: la “pasteurisation Pretoria” [41] qui consiste à bouillir de l’eau, la retirer de la source de chaleur, puis placer un récipient contenant le lait maternel dans de l’eau pendant 20 minutes en une sorte de “bain-marie”. Selon l’autre technique, le “chauffage éclair” [42] le pot de lait maternel est placé dans une casserole d’eau qui est portée à ébullition. Quand l’eau bout, on sort le pot de lait maternel de la casserole et on le refroidit. Dès qu’il n’est plus trop chaud, on peut le donner à l’enfant, sans devoir attendre un temps déterminé. Le chauffage éclair est plus facile et plus rapide que la méthode Pretoria.

Le professeur Coutoudis relève qu’il reste encore des questions importantes à élucider en ce qui concerne l’utilisation de lait maternel traité thermiquement; ainsi, il faut procéder à des recherches pour savoir si ce lait maternel peut être conservé sans danger pendant un certain temps à la température ambiante après la pasteurisation et si le traitement thermique tue les virus amarrés à des cellules et les autres virus. Il faut aussi poursuivre les recherches pour évaluer l’influence de la pasteurisation sur les oligo-éléments. Les recherches en cours semblent montrer que la pasteurisation diminue le niveau de lactoferrine dans le lait maternel, mais qu’elle ne modifie pas la teneur du lait maternel en vitamine A, acide ascorbique ou thiamine. L’oratrice conclut que les programmes consacrés aux mères séropositives devraient poursuivre l’étude des deux techniques – la pasteurisation Pretoria et le chauffage éclair. Elle souligne qu’en Afrique du Sud, les mères semblent trouver la pasteurisation plus acceptable et plus facile après les six premiers mois qui suivent l’accouchement, c’est-à-dire quand l’allaitement au sein est partiel plutôt qu’exclusif. En effet, elles considèrent qu’il est possible d’exprimer 500 ml de lait maternel par jour, mais pas davantage.

Les discussions en groupes

1a Y a-t-il des données et des résultats permettant d’affiner et d’opérationnaliser les conditions prévues pour l’alimentation de substitution?

Le groupe se demande si en plus des conditions “acceptable, praticable, financièrement abordable, sûre et durable” qui s’appliquent aux circonstances individuelles, il ne faudrait pas aussi tenir compte des services et du soutien disponibles au niveau du district ou de la région. Il convient de vérifier à certains moments si les conditions sont remplies, par exemple, à la suite du diagnostic posé peu après la naissance et quand le nourrisson a six mois, c’est-à-dire quand sa mère envisage de modifier son alimentation. Si les conditions ne sont pas remplies, il faut conseiller à la mère de continuer l’allaitement au sein jusqu’à ce que l’alimentation de substitution soit acceptable, praticable, financièrement abordable, sûre et durable et soit bonne sur le plan nutritionnel.

¹ L’OMS recommande d’amener le lait maternel exprimé au point d’ébullition, puis de le retirer de la source de chaleur.

1b Que faut-il recommander à la mère s'il n'y a pas d'alimentation de substitution acceptable, praticable, financièrement abordable, sûre et durable quand le nourrisson a six mois ou plus?

Après discussion, le groupe s'accorde pour dire que si les conditions ne sont pas remplies, la mère devrait continuer l'allaitement au sein jusqu'à ce que l'alimentation de substitution soit acceptable, praticable, financièrement abordable, sûre et durable.

2. Comment mieux aider le personnel de santé à conseiller et soutenir plus efficacement les femmes séropositives?

Le groupe examine la nécessité d'évaluer périodiquement les conditions relatives à l'alimentation de substitution, notamment pendant la période prénatale, quand les résultats du diagnostic du nourrisson sont connus et, surtout, au moment prévu pour le sevrage. Le personnel de santé doit maintenir le contact avec la mère qui allaite son enfant, afin de pouvoir lui donner les conseils et le soutien requis. Si l'alimentation de substitution n'est pas acceptable, praticable, financièrement abordable, sûre et durable, il faut conseiller à la mère séropositive de continuer l'allaitement au sein.

Il répète qu'il convient de modifier les critères relatifs à l'alimentation de substitution, pour y inclure la disponibilité et la qualité des services de santé. Pour améliorer la qualité des services, on pourrait prévoir une accréditation des centres de santé capables et soucieux de veiller à ce que les conditions fixées pour l'alimentation de substitution soient remplies.

Afin de faciliter la tâche des conseillères des mères, il est proposé de concevoir des outils et des tableaux supplémentaires qui présentent visuellement les informations sur les risques et les avantages des différentes options d'alimentation.

3. Faut-il continuer à recommander le lait d'origine animale modifié à domicile?

Les deux groupes sont d'avis qu'il ne faut pas recommander le lait d'origine animale modifié à domicile pour l'alimentation du nourrisson pendant les six premiers mois, sauf à titre provisoire et exceptionnel. Il faut préciser que les deux principales options d'alimentation des nourrissons de femmes séropositives sont l'allaitement au sein exclusif ou la préparation commerciale, si celle-ci est acceptable, praticable, financièrement abordable, sûre et durable. Il est nécessaire de continuer les recherches, avant de pouvoir proposer d'autres options - telles que le traitement thermique du lait maternel, les lactariums ou la mise en nourrice - pour l'alimentation générale du nourrisson. Les participants ne sont pas d'accord sur la suppression de la mise en nourrice en tant qu'option, certains d'entre eux estimant cependant qu'il faut déconseiller cette méthode, car il existe un risque de transmission du VIH du nourrisson séropositif à la nourrice.

4. Faut-il réviser les recommandations concernant l'alimentation du nourrisson si un diagnostic précoce décèle sa séropositivité?

Tous les participants à la consultation affirment que les nourrissons séropositifs doivent être allaités au sein le plus longtemps possible. Ils indiquent que les données de l'étude ZEBS montrent clairement que les chances de survie à 18

mois augmentent quand l'allaitement au sein des nourrissons infectés continue. Discutant du risque de super-infection chez les enfants séropositifs, les experts estiment que si une telle super-infection se produit, elle est extrêmement rare et n'a pas d'incidence sur la santé publique. Les données tirées des études ZEBS [25] et MASHI [28] présentées témoignent nettement des avantages de l'allaitement au sein prolongé pour la survie des nourrissons séropositifs. La mère d'un nourrisson exposé au VIH dont les tests montrent qu'il est séronégatif doit continuer à bénéficier de conseils et de soutien quant au choix du mode d'alimentation, compte tenu des conditions relatives à l'alimentation de substitution.

5. Faut-il fixer des valeurs limites de taux de CD4 quand il s'agit de conseiller à une mère séropositive de ne pas allaiter son nourrisson au sein ou de la rassurer si elle souhaite l'allaiter?

Les deux groupes répondent "non" à cette question, car la décision doit se fonder sur la possibilité ou non d'assurer une alimentation acceptable, praticable, financièrement abordable, sûre et durable, plutôt que sur le taux de CD4. Tout en reconnaissant que le risque de transmission du VIH est plus élevé quand la mère a un taux de CD4 bas, ils pensent qu'il faut évaluer si la mère a besoin d'une thérapie aux ARV pour sa propre santé; dans l'affirmative, le traitement amoindrira probablement le risque de transmission en abaissant la charge virale dans le lait maternel.

6. Comment diffuser plus efficacement les principes directeurs relatifs au VIH et à l'alimentation du nourrisson?

Le groupe examine la nécessité d'adapter aux conditions locales les outils des services de conseil sur les choix d'alimentation du nourrisson et de mettre au point des méthodes novatrices de formation. Pour simplifier la tâche des conseillères, il propose de réduire à deux le nombre d'options d'alimentation pour la période de la naissance à six mois: l'allaitement au sein exclusif et la préparation commerciale. Les experts rappellent que, quand l'alimentation de substitution n'est pas acceptable, praticable, financièrement abordable, sûre et durable, compte tenu de l'accès aux services de santé et à de l'eau propre, ainsi que des coutumes et de la situation personnelle de la mère, la solution par défaut est l'allaitement au sein.

Les participants insistent sur l'importance de la promotion de l'allaitement au sein exclusif auprès de l'ensemble de la population. Il ressort des essais effectués au Zimbabwe et à Durban que l'allaitement au sein exclusif peut réduire la transmission du VIH, même quand la mère ne sait pas qu'elle est séropositive, et que c'est un mode d'alimentation facile. Il est préférable de fournir davantage d'informations à la communauté en général, afin de pouvoir abrégé et simplifier les explications et conseils à donner individuellement à chaque mère.

On connaît beaucoup mieux maintenant qu'en 2000 les risques qui découlent d'un sevrage précoce, grâce aux nouvelles données sur la survie sans VIH obtenues lors des études ZEBS [25] et MASHI [28], et aux résultats des essais qui se déroulent en Ouganda, au Malawi et au Kenya. Il faut inclure ces nouvelles connaissances dans les messages et les conseils futurs concernant l'alimentation du nourrisson.

3^E TABLE RONDE: LES POINTS CLÉS DE LA MISE EN OEUVRE

Charles Sagoe-Moses, du Bureau régional de l'OMS en Afrique, expose les résultats d'une enquête récente sur l'application des principes directeurs énoncés par l'ONU sur le VIH et l'alimentation du nourrisson, à la lumière de la consultation technique de 2000, et des recommandations formulées par les pays pour améliorer ces principes. Cinq pays francophones et dix pays anglophones de l'Afrique ont répondu, ainsi que quatre pays d'autres continents. Il ressort de l'enquête que les principes directeurs sont surtout utilisés par les décideurs, ainsi que le personnel de santé, les ONG et les enseignants. Ils servent à l'élaboration des directives nationales, à la production du matériel destiné aux services de conseil, à l'organisation de campagnes et à l'instauration de consensus. Parfois il est difficile d'appliquer les principes directeurs de 2000 parce que le personnel de santé manque de temps pour bien conseiller les mères ou parce que la formation des conseillères est insuffisante.

Le Dr Sagoe-Moses présente aussi le rapport d'une réunion avec les chefs de programme, tenue en août 2006, en Afrique du Sud, durant laquelle ces derniers ont souhaité obtenir des précisions sur les points suivants: Quels conseils concernant les options d'alimentation du nourrisson donner à la mère qui a reçu les résultats d'une PCR précoce du nourrisson? Quel est le moment optimal du sevrage (trois ou six mois, autre)? Faut-il conseiller à la mère ayant une forte charge virale et un taux de CD4 bas d'allaiter son nourrisson au sein ou de recourir à une préparation commerciale? Quels sont les meilleurs aliments du point de vue nutritionnel après le sevrage? Combien de temps devrait durer le sevrage? Peut-on recommander l'allaitement au sein pour les nourrissons séropositifs de plus de six mois? Les chefs de programme souhaitent aussi recevoir pour les conseillères davantage de matériel d'information, d'éducation et de communication concernant le VIH et l'alimentation du nourrisson, comme des blocs-notes géants et des descriptions détaillées des diverses marches à suivre possibles.

Ted Greiner, du PATH (Programme pour les techniques de santé appropriées), présente un projet d'algorithme mis au point par son institut et par EGPAF (Fondation Elizabeth Glaser pour le SIDA pédiatrique), pour aider les conseillères quand elles parlent de sevrage avec des mères séropositives. Tout en considérant ce système indéniablement intéressant, les participants le jugent trop complexe pour que les conseillères puissent l'utiliser dans sa forme actuelle. Certains redoutent aussi que cet algorithme soit interprété comme un modèle de prise de décisions qui pourrait compliquer la fourniture de conseils et le choix de la mère, bien qu'il soit conçu pour aider les conseillères à discuter de l'allaitement au sein.

Halima Dao, du CDC (Centre de prévention et de lutte contre les maladies), fait un bref exposé sur le diagnostic précoce des nourrissons. Cet examen offre l'occasion d'étudier la situation de la mère, de vérifier si le nourrisson qui s'avère séropositif peut être traité aux ARV sur la base de son taux de CD4, ainsi que de tester les autres membres de la famille, si l'on constate que le nourrisson est séropositif.

Le Dr Dao évoque aussi la nécessité d'harmoniser les principes directeurs de la PCIME et de la prévention de la TME concernant le taux de CD4 et les options d'alimentation du nourrisson. Actuellement, les principes directeurs de la PCIME déconseillent l'allaitement au sein, si le taux de CD4 maternel est bas, alors que les principes directeurs de la prévention de la TME indiquent que la décision doit se

prendre selon les conditions fixées pour l'alimentation de substitution (acceptable, praticable, financièrement abordable, sûre et durable). Le groupe est d'avis qu'il faut toujours choisir l'alimentation du nourrisson en fonction de ces conditions, tout en considérant les risques accrus de transmission du VIH pendant l'allaitement au sein quand la mère a un taux de CD4 bas. Il faut toujours évaluer la nécessité de traiter la mère aux ARV.

Mickey Chopra, du Conseil de la recherche médicale de l'Afrique du Sud, explique qu'il faut apporter un soutien psychosocial aux mères séropositives. Il présente des informations sur le taux élevé de dépression maternelle chez les femmes pendant la grossesse et après l'accouchement, quand elles apprennent qu'elles sont séropositives, et les conséquences néfastes pour les relations entre la mère et son nourrisson et pour la croissance et le développement mental de ce dernier. L'orateur évoque l'utilité des visites à domicile et des séances de conseil qui ont lieu avant et après l'accouchement, pour aider la femme à faire face à sa séropositivité et à avoir une bonne relation avec son enfant. Il existe au Cap un groupe de soutien aux mères séropositives ("L'appui donné par les mères actuelles aux futures mères") [43] qui connaît un grand succès et qui sert d'exemple.

La détermination des futurs objets clés de la recherche

Lynne Molfenson, de l'Institut national de la santé de l'enfant (NICHD), décrit les domaines principaux de recherche passés et présents, à savoir, notamment:

- Les facteurs de transmission du VIH par le lait maternel (tant les facteurs qui protègent que ceux qui constituent un risque) avec ou sans traitement aux ARV, le pourcentage de transmissions qui s'opèrent par des virus amarrés à des cellules et les autres virus, les facteurs provoquant la transmission précoce ou tardive, les facteurs viraux, y compris les sous-types, qui influencent la transmission, la qualification du risque de TME pendant la période de transition de l'allaitement au sein à l'alimentation de substitution, l'évaluation du degré d'immunité du lait maternel de la mère séropositive à différentes phases de la maladie et différents taux de CD4 – comme le nombre d'anticorps contre les pathogènes communs -, l'évaluation de la TME postnatale, si la mère devient séropositive pendant la lactation
- Le sevrage précoce avant six mois et ses conséquences quant à la morbidité et la mortalité, le moment opportun et la durée optimale de la période de transition, ainsi que la durée optimale de l'allaitement au sein, les mesures efficaces visant à optimiser la nutrition après le sevrage
- Le sevrage après six mois, y compris les risques de TME postnatale et le risque de maladie ou de décès du nourrisson pendant la transition de l'allaitement au sein exclusif à l'allaitement au sein accompagné d'aliments de complément, le moment optimal de sevrer les nourrissons séronégatifs exposés au VIH, et la faisabilité et l'efficacité de différentes mesures visant à optimiser la nutrition, le développement et la survie chez les nourrissons de plusieurs mois
- L'influence du traitement de la mère allaitante aux ARV sur le moment de la transmission, les facteurs de risque de la transmission du VIH par le lait de la mère traitée au ARV, le niveau d'ARV dans le lait maternel et chez les nourrissons

allaités au sein, les effets sur les nourrissons de l'exposition aux ARV par le lait maternel, l'efficacité des mesures visant à réduire la TME postnatale, les effets des ARV sur la charge virale dans les cellules et hors des cellules et l'apparition d'une résistance aux ARV chez les virus qui se trouvent dans le lait maternel, la résistance aux ARV chez les nourrissons allaités au sein qui sont infectés après leur naissance

- L'efficacité et l'innocuité pour la mère et le nourrisson de l'administration d'ARV à la mère, au nourrisson ou aux deux pour prévenir la TME postnatale évaluées actuellement dans des essais cliniques, le schéma et la durée optimaux d'une prophylaxie maternelle ou infantile aux ARV pour prévenir la TME postnatale, l'efficacité d'une telle prophylaxie, et le risque en cas d'arrêt de l'administration à la mère d'ARV uniquement à des fins de prophylaxie
- Le rôle potentiel des stratégies d'immunisation passive et active, les études des phases I/II portant sur l'innocuité et l'immunogénicité des candidats-vaccins contre le VIH chez les nourrissons exposés au VIH (tant les nourrissons séronégatifs que les nourrissons qui sont infectés malgré la prophylaxie), l'efficacité et l'innocuité de l'immunisation passive, active ou passive-active pour prévenir la TME postnatale
- Les moyens d'éviter l'alimentation de substitution, y compris les stratégies visant à réduire l'infectivité du lait maternel - traitement thermique, microbicides, etc. - l'effet de telles mesures sur les virus et les composants du lait, l'innocuité, la faisabilité et l'efficacité de l'alimentation de substitution utilisée pour prévenir la TME postnatale ou, temporairement, pendant la période de transition ou en cas de maladie des seins, telle que la mastite
- La manière de conseiller, l'exécution et le suivi des programmes concernant l'alimentation du nourrisson, les facteurs influençant les décisions prises par la mère en matière d'alimentation du nourrisson - y compris le rôle du père -, la formation optimale des conseillères et l'évaluation de la qualité des conseils, l'évaluation de l'influence de la communauté.

Ces sujets sont examinés par les experts qui définissent deux grands objectifs de la recherche concernant le VIH et l'alimentation du nourrisson: les essais cliniques et la collecte de données pour savoir comment supprimer les risques que l'allaitement au sein comporte pour le nourrisson dont la mère est séropositive et la mise à l'épreuve des moyens de réduire le risque de transmission du VIH pendant l'allaitement au sein.

Etant donné l'intérêt et l'importance de chacun des domaines de recherche mentionnés par le Dr Molfenson et la probabilité que les sources de financement diffèrent selon les sujets, le groupe n'établit pas un ordre de priorité en tant que tel, mais indique qu'il convient de soutenir les recherches consacrées:

- à la pathogenèse et aux mécanismes de transmission
- aux facteurs de risque de transmission postnatale du VIH par l'allaitement au sein
- à la compréhension des conséquences des modes d'alimentation du nourrisson et des formes de transition

- à l'innocuité et l'efficacité du traitement et de la prophylaxie aux ARV chez les mères et les nourrissons séropositifs pendant la période d'allaitement au sein
- à l'exécution et au suivi des programmes fondés sur les principes directeurs relatifs à l'alimentation du nourrisson et aux services de conseil pour les femmes séropositives
- au rôle de la vaccination des nourrissons contre le VIH pour que l'allaitement au sein soit sans danger; ce sujet est primordial, tout comme la possibilité de vacciner contre le VIH les femmes séronégatives après l'accouchement, vu le taux élevé d'infection par le VIH chez les femmes durant la première année après l'accouchement observé dans les pays à ressources limitées.

Les discussions en groupes

1. Que peuvent faire les gouvernements, les ONG et les institutions de l'ONU pour favoriser l'intensification des mesures visant à prévenir la transmission du VIH par l'allaitement au sein?

Le groupe estime que le renforcement des programmes en cours constitue une première étape importante permettant d'intensifier les activités de prévention de la TME. Il faut d'abord évaluer les points forts et les faiblesses des programmes et analyser les systèmes de santé. Il est indispensable de promouvoir davantage l'allaitement au sein exclusif auprès de l'ensemble de la population, ce qui constitue un moyen de renforcer la prévention de la TME. Les participants recommandent:

- de renforcer les programmes de la PCIME
- d'encourager l'allaitement au sein exclusif des nourrissons exposés au VIH, quand l'alimentation de substitution n'est pas acceptable, praticable, financièrement abordable, sûre et durable
- d'assurer une prise en charge continue comprenant des soins prénataux, la prévention de la TME et des services postnataux
- d'élaborer des plans locaux pour procéder à la mise en œuvre à ce niveau et améliorer et surveiller la qualité des services, non pas seulement leur ampleur
- d'appliquer le *Cadre pour actions prioritaires concernant le VIH et l'alimentation du nourrisson*, instrument destiné aux gouvernements et aux autres parties intéressées qui décrit les mesures à prendre pour créer et maintenir des conditions bénéfiques aux pratiques appropriées en matière d'alimentation de tous les nourrissons, tout en renforçant la prévention de la TME.

Le groupe souligne que l'OMS et ses partenaires doivent militer en faveur de telles activités et que les gouvernements doivent fixer des objectifs réalistes. Il incombe aux équipes nationales de l'OMS et de l'UNICEF de diffuser rapidement les nouveaux principes directeurs au fur et à mesure de leur élaboration. Il est aussi absolument nécessaire de renforcer la formation du personnel de santé qui donne aux mères séropositives des conseils sur l'alimentation de leurs nourrissons, ainsi que de produire davantage de matériel d'information et d'éducation. Il

faut encourager les femmes séropositives à pratiquer l'allaitement au sein exclusif pendant six mois, si elles ne disposent pas d'alimentation de substitution acceptable, praticable, financièrement abordable, sûre et durable, puis à ajouter des aliments de complément et à continuer l'allaitement au sein jusqu'à ce qu'il soit possible de le remplacer entièrement par une alimentation de substitution. Si les conditions prévues pour l'alimentation de substitution sont remplies, la mère devrait recourir à une préparation commerciale dès la naissance de son enfant. Les autorités capables de fournir une préparation commerciale gratuitement ou de la subventionner doivent disposer d'une infrastructure de soins appropriée pour suivre et soigner les nourrissons alimentés avec une préparation commerciale, afin d'éviter une augmentation de la morbidité et de la mortalité.

2. Que peuvent faire les gouvernements, les ONG et les institutions de l'ONU pour que l'alimentation du nourrisson soit appropriée sans allaitement au sein pendant la période qui va du sevrage à deux ans?

Il ressort de la discussion que les ministères de la santé doivent comprendre qu'il peut être difficile pour les mères qui n'allaitent pas leurs nourrissons exposés au VIH de leur donner une alimentation appropriée dans les pays à ressources limitées et qu'il faut donc les aider. De nombreux problèmes peuvent surgir quand il faut satisfaire les besoins du nourrisson en calories et oligo-éléments qu'il trouvait dans le lait maternel, et il est impossible de remplacer les avantages immunologiques de l'allaitement au sein. Par conséquent, le prolongement de l'allaitement au sein doit rester une option. Les institutions de l'ONU et les ONG doivent contribuer à la sécurité alimentaire et promouvoir la modernisation des pratiques agricoles. Les experts insistent sur le soutien que les gouvernements doivent apporter aux programmes de subvention d'aliments enrichis et sur la nécessité d'améliorer le revenu des familles. Il importe de diffuser les principes directeurs en matière d'aliments de complément et d'alimentation du nourrisson sevré après six mois, en les adaptant aux conditions locales, en les intégrant dans les directives et la politique en vigueur, et de perfectionner la formation des agents de santé appelés à conseiller les mères quant aux options d'alimentation et aux éventuelles difficultés qu'elles rencontrent à partir du septième mois. Les autorités qui fournissent une préparation commerciale doivent veiller à ce que celle-ci ne soit utilisée que si les autres conditions nécessaires sont remplies (alimentation de substitution acceptable, praticable, sûre et durable) et envisager d'apporter un soutien équivalent – sous forme de compléments nutritionnels – aux mères allaitantes. Il faut surveiller la croissance de tous les nourrissons exposés au VIH, de la naissance à deux ans, et offrir rapidement un soutien nutritionnel, si on constate un ralentissement de la croissance.

3. Que peuvent faire les gouvernements, les ONG et les institutions de l'ONU pour protéger et promouvoir davantage l'allaitement au sein dans l'ensemble de la population quand le VIH est présent?

Selon le groupe, l'OMS et ses partenaires doivent promouvoir clairement et systématiquement l'allaitement au sein exclusif en tant que meilleure option d'alimentation du nourrisson en général, quand la mère est séronégative ou ne connaît pas sa sérologie et quand elle est séropositive, s'il n'y a pas une

alimentation de substitution acceptable, praticable, financièrement abordable, sûre et durable. Il faut adresser sans tarder aux ministères compétents et au personnel de santé des recommandations simples et uniformes, fondées sur les nouvelles données relatives à la morbidité et la mortalité infantiles et à la survie sans VIH.

Les experts jugent nécessaire de renforcer les messages en faveur de l'allaitement au sein destinés à l'ensemble de la population. Il faut soutenir et étendre à l'ensemble de la population des programmes de solidarité concernant l'alimentation du nourrisson, comme "L'appui donné par les mères actuelles aux futures mères" conçu au Cap, en Afrique du Sud. Il faut aussi mener des campagnes de presse et de télévision dans les communautés pour promouvoir, auprès de l'ensemble de la population, l'allaitement au sein exclusif durant les six premiers mois, en attirant surtout l'attention des femmes séropositives qui ne peuvent pas donner une alimentation de substitution acceptable, praticable, financièrement abordable, sûre et durable. Les messages doivent expliquer que l'alimentation de substitution présente des dangers, qu'il est important de connaître sa sérologie et que les femmes séropositives doivent prendre des décisions après avoir consulté les services de santé.

Le gouvernement joue un rôle important en suscitant un soutien général pour l'allaitement au sein. Il est vital qu'il respecte le *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* et les résolutions subséquentes de l'Assemblée mondiale de la Santé concernant ce sujet, assure, par la législation, la protection des femmes qui travaillent et qui allaitent (conformément à la Convention n° 183 de l'OIT sur la protection de la maternité), applique avec plus de vigueur l'*Initiative des "hôpitaux amis des bébés"*, envisage de fournir un soutien nutritionnel aux mères qui allaitent, et ne recommande la préparation commerciale ou n'en fournisse que quand les conditions requises¹ sont remplies.

Le groupe invite aussi les institutions de l'ONU à œuvrer en faveur de l'adoption de directives internationales relatives à l'alimentation du nourrisson en soutenant vigoureusement l'allaitement au sein, à fournir une assistance et du matériel techniques pour faciliter l'application des principes directeurs concernant le VIH et l'alimentation du nourrisson, et à appuyer les recherches sur l'alimentation optimale du nourrisson dans les pays à ressources limitées.

¹ Ces conditions sont les suivantes: la préparation commerciale ne doit être fournie gratuitement ou à un prix subventionné qu'aux mères séropositives quand l'alimentation de substitution est acceptable, praticable, sûre et durable; les autorités compétentes doivent s'assurer qu'elles ont les moyens de fournir la préparation commerciale sans interruption, même dans les endroits les plus reculés, aussi longtemps que l'enfant en a besoin; elles doivent respecter le *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* en créant des mécanismes appropriés de suivi et de mise en œuvre. Le personnel chargé de distribuer la préparation commerciale doit agir selon des directives précisant quelles sont les mères séropositives qui en bénéficient, à quelles conditions, à quelle fréquence et pendant combien de temps, où a lieu la distribution, etc.; avant de fournir de la préparation commerciale dans les établissements de santé, il faut choisir et former des conseillères en allaitement au sein, alimentation complémentaire et en VIH et alimentation du nourrisson; il faut recueillir et analyser des informations sur la santé et l'état nutritionnel (surtout la croissance) des nourrissons alimentés avec des substituts de lait maternel, afin de suivre leur évolution. Pour connaître la liste complète des conditions, voir les pages 18-19 des Principes directeurs énoncés par l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP et ONUSIDA sur le VIH et l'alimentation des nourrissons à l'intention des décideurs, Genève, 2003.

4. Comment peut-on renforcer les services de santé de la mère et de l'enfant pour qu'ils englobent des mesures visant à prévenir la transmission du VIH par l'allaitement au sein?

Les experts observent que des services complets de préservation de la santé de la mère et de l'enfant sont indispensables pour parvenir au taux maximum de survie sans VIH, et non seulement pour prévenir la transmission du VIH. A cette fin, ils préconisent:

- l'élaboration de plans visant à inclure, au niveau local, la prévention de la TME dans les activités pour la santé de la mère et de l'enfant et à surveiller ou améliorer la portée et la qualité de la combinaison de ces prestations
- la formation de tout le personnel de santé grâce à des cours globaux sur les conseils à donner en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, sans séparer ceux qui luttent contre la transmission du VIH des autres travailleurs de la santé
- la révision des directives concernant la santé de la mère et de l'enfant dans tous les pays pour inclure la prévention du SIDA - y compris les services de conseil concernant l'alimentation du nourrisson, la détermination des stades cliniques de la maladie chez les femmes séropositives et le dépistage précoce du VIH chez les nourrissons – dans les activités usuelles de soins prénataux et postnataux et de vaccination
- la mention de la sérologie de la mère et du nourrisson dans le dossier médical, pour que le personnel de santé puisse le connaître, tout en préservant le droit de la mère à la confidentialité
- la fixation d'indicateurs pour évaluer les services de prévention de la transmission du VIH et les autres services de santé de la mère et de l'enfant, tels que les taux de dépistage de la syphilis et de vaccination des nourrissons, et demander des comptes au personnel de santé
- la réalisation de campagne d'information et de sensibilisation pour que la communauté s'attende à ce que la prévention de la transmission du VIH soit automatiquement réalisée par les services de santé de la mère et de l'enfant
- l'adoption de programmes non verticaux, qui ne séparent pas la prévention de la transmission du VIH des autres services de santé de la mère et de l'enfant, par exemple en plaçant du personnel de la prévention de la TME dans des services de santé de la mère et de l'enfant et vice versa, aux niveaux local, régional et national, ce qui contribuera à éviter de traiter la séropositivité comme une maladie à part; l'objectif est d'intégrer la thérapie de la séropositivité et la prévention de la TME dans les services de santé de la mère et de l'enfant
- la mobilisation de ressources en vue d'inclure les soins continus à donner aux femmes séropositives, aux nourrissons exposés au VIH et à leurs proches dans les services de santé de la mère et de l'enfant; ces soins comprennent le contrôle de la croissance et le suivi nutritionnel de tous les nourrissons à l'occasion de consultations pour la vaccination ou d'autres contrôles postnataux, en accordant une attention particulière aux nourrissons qui ne sont pas allaités au sein

- la formation de nombreux membres du personnel de santé, y compris les médecins, les sages-femmes et les infirmiers, afin que les questions relatives au VIH ne soient pas uniquement traitées par les conseillères spécialisées qui doivent s'occuper d'un nombre excessif de femmes séropositives
- la promotion des soins à domicile dans le cadre de la protection de la santé de la mère et de l'enfant.

Les conclusions de la consultation

Durant la dernière partie des trois jours de réunion, les participants élaborent des recommandations fondées sur un consensus.

Ils discutent des sujets prioritaires de recherche concernant le VIH et l'alimentation du nourrisson, à savoir: le meilleur moment de sevrer le nourrisson pour la santé de celui-ci, la croissance et la survie pendant les 24 premiers mois, les moyens prophylactiques susceptibles de supprimer les dangers de l'allaitement au sein – y compris un vaccin contre le VIH pour les nourrissons -, le recours à une thérapie antirétrovirale très puissante pour la mère et/ou à une prophylaxie aux ARV pour le nourrisson pendant l'allaitement au sein, la collecte de plus d'informations sur l'utilisation de la préparation commerciale dans les pays à ressources limitées, et la collecte de davantage de données sur les infections incidentes de la mère pendant l'allaitement au sein.

Durant le débat, Jean Humphrey présente de nouvelles données tirées de l'essai de Zvitambo sur la séroconversion maternelle durant la lactation. Elle indique que, dans cet essai, 3,5% des mères deviennent séropositives durant la première année après l'accouchement, le risque étant le plus élevé chez les adolescentes. En outre, la TME postnatale est 3,5 (2,6-4,7) fois plus fréquente quand les femmes sont infectées pendant l'allaitement au sein que quand les femmes étaient séropositives lors de l'accouchement. Enfin, 21% de toutes les infections attribuées à l'allaitement au sein chez les nourrissons pendant l'essai touchent des nourrissons dont la mère est devenue séropositive après l'accouchement.

Les experts soulignent la nécessité absolue de conseiller les femmes séronégatives et de les vacciner contre le VIH pour prévenir les infections primaires et incidentes pendant la première année après l'accouchement, quand de nombreuses femmes pratiquent l'allaitement au sein. Ils se prononcent pour des mesures en faveur de la divulgation prudente de la sérologie dans la communauté, ainsi que pour l'intensification de la formation des conseillères qui s'occupent de femmes séropositives et pour la production de plus de matériel d'information pour les aider à soutenir les mères séropositives dans le choix de l'alimentation de leur nourrisson. Les participants constatent qu'il faut mettre au point des stratégies pour mieux aider les femmes séropositives qui décident de recourir à la préparation commerciale à résister aux pressions sociales et qu'il faut exécuter des programmes pour satisfaire les besoins nutritionnels des femmes séropositives qui préfèrent allaiter. L'alimentation avec une préparation commerciale est encouragée dans certains pays à ressources limitées; il faut donc formuler, à l'intention des ministères de la santé de ces pays, des principes directeurs plus complets sur la meilleure façon de surveiller la distribution de

préparation commerciale pour assurer l'innocuité de l'alimentation de substitution aux niveaux de l'individu, de la communauté et de la nation.

Dans le but général d'améliorer la prévention de la TME et de l'intégrer dans les services de santé de la mère et de l'enfant, les participants jugent nécessaire d'enseigner à tout le personnel de santé les mesures de prévention de la TME, pour mieux répartir la charge de travail et augmenter le nombre d'agents de santé capables de donner des conseils. Il faut promouvoir le suivi et l'évaluation de la santé de la mère et du nourrisson en utilisant des critères clairs, par exemple en fixant des objectifs spécifiques en ce qui concerne le dépistage et le traitement, dans le cadre des soins prénataux donnés à la mère, des maladies transmises sexuellement, la disponibilité de services de planification familiale, les taux de vaccination, la croissance, le développement et l'état nutritionnel et la survie des nourrissons.

Etant tous d'accord sur les précisions à apporter aux recommandations de 2000 relatives au VIH et à l'alimentation du nourrisson, les experts parviennent aux conclusions suivantes:

- Les mères séropositives qui choisissent d'allaiter doivent pratiquer l'allaitement au sein exclusif pendant six mois, ce qui est la durée recommandée à toutes les mères
- Les données de plus en plus nombreuses tirées des recherches montrent une augmentation des risques de diarrhée grave et de morbidité et de mortalité dues à une mauvaise nutrition chez les nourrissons exposés au VIH qui reçoivent une alimentation de substitution pendant leurs premiers six mois, comparés aux nourrissons allaités au sein
- Il ne faut pas recommander le lait d'origine animale modifié à domicile pendant les six premiers mois du nourrisson, mais le réserver comme solution temporaire exceptionnelle
- Les conseils donnés à la mère sur les options d'alimentation doivent se fonder sur la possibilité d'avoir une alimentation de substitution acceptable, praticable, financièrement abordable, sûre et durable, et non pas uniquement sur le CD4 ou la charge virale, vu le danger considérable que représente pour la vie de l'enfant l'absence d'allaitement au sein. En formulant cette recommandation, les experts pensent qu'il faut peser les risques en tenant compte du fait que le risque de transmission du VIH est plus grand quand la mère a un taux de CD4 bas et une charge virale élevée que quand elle a une charge virale basse et un taux de CD4 élevé, cas asymptomatique. Cependant, les nouvelles données présentées montrent une augmentation de la morbidité et de la mortalité, si le nourrisson reçoit une alimentation de substitution pendant ses six premiers mois, et un taux de survie sans VIH semblable à 18 mois, qu'il ait été nourri avec une préparation commerciale ou allaité au sein dès la naissance. Cette constatation indique que l'innocuité de l'alimentation de substitution plutôt que la gravité de la maladie de la mère demeure le principal facteur à prendre en considération
- Grâce à la disponibilité accrue d'une thérapie antirétrovirale très puissante pour la mère, l'amélioration de la santé de celle-ci et la diminution de la

charge virale dans le lait maternel devraient réduire les risques de transmission du VIH par l'allaitement au sein. Les participants insistent sur la nécessité d'examiner et de traiter toutes les femmes séropositives enceintes et allaitantes aux ARV, si leur santé requiert un tel traitement

- L'allaitement au sein exclusif est la meilleure option d'alimentation "par défaut" à conseiller à la femme enceinte séropositive et à la mère séropositive quand une alimentation de substitution pour le nourrisson n'est pas acceptable, praticable, financièrement abordable, sûre et durable. Il convient d'expliquer clairement dans la recommandation que l'allaitement au sein exclusif pendant les six premiers mois du nourrisson est une option d'alimentation appropriée pour les mères séropositives vivant dans un pays à ressources limitées, quand les conditions permettant l'alimentation de substitution ne sont pas remplies
- Le diagnostic précoce du nourrisson est important; il faut procéder à une réévaluation périodique avec la mère séropositive allaitante pour voir si une alimentation de substitution est devenue acceptable, praticable, financièrement abordable, sûre et durable, surtout après le diagnostic précoce du nourrisson, même s'il est peu probable que la situation ait changé depuis la période prénatale. Quand le nourrisson est séropositif, l'allaitement au sein doit durer aussi longtemps que possible
- Il est nécessaire d'inclure les conseils concernant l'alimentation du nourrisson et la prévention de la TME dans les programmes pour la santé de la mère et la survie de l'enfant, plutôt que d'adopter des programmes verticaux séparés contre le VIH. Par conséquent, il faut intégrer le personnel chargé de la prévention de la transmission du VIH dans les services généraux de la santé de la mère et de l'enfant. Les programmes doivent promouvoir la santé génésique, y compris des options efficaces et acceptables de contraception féminine décidée par la femme. Le but global des programmes pour la santé de la mère et de l'enfant doit être d'améliorer la survie de la mère, de l'enfant et de la famille
- Les experts relèvent le rôle critique des institutions de l'ONU dans la promotion et la fourniture d'une assistance technique concernant les options optimales d'alimentation du nourrisson dont la mère est séropositive. Ils insistent sur la tâche particulière qui incombe à l'OMS et à l'UNICEF appelées à concevoir, produire et distribuer un programme type révisé de formation en matière de VIH et d'alimentation du nourrisson, ainsi que du matériel d'information à l'intention des conseillères, sur la base des conclusions de la consultation de 2006.

Enfin, les participants rappellent combien il importe de trouver des moyens de rendre l'allaitement au sein sans risque pour le nourrisson dont la mère est séropositive et de soutenir des mesures de prévention universelle de la TME pour toutes les femmes enceintes du monde.

Le programme de la consultation

Mercredi 25 octobre 2006

Rapporteur général: M.G. Fowler

Renforcer les principes directeurs grâce aux connaissances nouvelles

Président: R. Nduati

Rapporteurs: T. Quick, A. Briend

9.00	Discours d'ouverture, comprenant la récapitulation des principes directeurs actuels de l'ONU	E. Mason
9.15	Objectifs de la réunion, méthode de travail, présentations	J. Martines
9.30	Résumé des connaissances sur la transmission du VIH par l'allaitement au sein	V. Leroy
9.50	Discussion	Président
10.15	Pause-café	
10.30	1 ^{ère} table ronde: Les nouvelles connaissances sur la transmission par l'allaitement au sein et la santé du nourrisson, exposés de 15 minutes et débat:	
	- La transmission du VIH selon le mode d'allaitement au sein	N. Rollins
	- Les questions relatives au sevrage	E. Piwoz/J. Humphrey
	- La morbidité et la mortalité chez les nourrissons séronégatifs exposés au VIH après le sevrage précoce dans trois essais en cours	M.G. Fowler
	- L'innocuité et l'efficacité du sevrage précoce Informations récentes tirées d'une étude sur l'allaitement au sein exclusif en Zambie	L. Kuhn
12.30	Déjeuner	
13.30	Discussions en groupes des sujets clés	
15.30	Pause-café	
16.00	Rapports des groupes et discussion	Président
17.30	Fin de la séance	
18.00	Réception	

JEUDI 26 OCTOBRE 2006

Les problèmes et difficultés rencontrés dans l'exécution des programmes

Président: J. Coovadia

Rapporteurs: J. Humphrey, C. Vallenas

9.00	Récapitulation des discussions de la veille	Président
9.15	2 ^e table ronde: Les nouvelles connaissances en matière d'options d'alimentation, exposés de 10 minutes et débat:	
	- Les préparations commerciales pour nourrissons	T. Creek
	- Le lait d'origine animale modifié à domicile	A. Briend
	- L'allaitement au sein exclusif et les options d'alimentation avec du lait maternel	A. Coutsoudis
10.30	Pause-café	
11.00	3 ^e table ronde: Les points clés de la mise en oeuvre, exposés de 10 minutes et débat:	
	- L'amélioration grâce aux principes directeurs et aux recommandations formulées par les pays en matière de VIH et d'alimentation du nourrisson	C. Sagoe-Moses
	- Les conseils et le soutien concernant le VIH et l'alimentation des nourrissons:	
	- Les algorithmes concernant l'alimentation de substitution appropriée conçus pour aider les services de conseil concernant l'alimentation des nourrissons	T. Greiner
	- Perfectionner les conseils grâce aux renseignements sur l'état de santé	H. Dao
	- Assurer le soutien aux mères séropositives	M. Chopra
12.30	Déjeuner	
13.30	Discussions en groupes des sujets clés	
16.00	Pause-café	
16.30	Rapports des groupes et discussion	Président
18.00	Fin de la séance	

VENDREDI 27 OCTOBRE 2006

Les conclusions et les recommandations

Président: E. Mason

Rapporteurs: F. Savage, B. Daelmans

9.00	Récapitulation des discussions de la veille	Président
9.15	La détermination: <ul style="list-style-type: none">- des futurs objets clés de la recherche- des possibilités d'études opérationnelles et des évaluations	L. Mofenson
	Discussion	
10.15	Pause-café	
10.45	Recommandations concernant la révision des principes directeurs en vigueur dans des domaines spécifiques	P. Henderson
	Discussion	
12.30	Déjeuner	
13.30	Discussions en groupe: Que peuvent faire les pays et les partenaires pour renforcer les activités relatives au VIH et l'alimentation des nourrissons	
15.00	Rapports des groupes	
15.30	Pause-café	
16.00	Conclusions	
	Prochaines étapes	
	Clôture	Président

ANNEXE 2

Liste des participants

EXPERTS

Dr Yetnayet Asfaw, Directeur national, Intrahealth, Addis-Abeba, Ethiopie

Dr Zuzana Brazdova, Département de la médecine préventive, Université Masaryk de Brno, Brno, République tchèque

Dr Mickey Chopra, Directeur, Unité de recherche sur les systèmes de santé, Conseil de la recherche médicale, Tygerberg , Afrique du Sud

Professeur Jerry Coovadia, Centre de recherche sur le SIDA Victor Daitz, Institut de recherche médicale Doris Duke, Ecole de médecine Nelson Mandela, Université du KwaZulu-Natal, Durban, Afrique du Sud

Professeur Anna Coutsooudis, Département de pédiatrie et de santé de l'enfant, Université du KwaZulu-Natal, Durban, Afrique du Sud

Dr Mary Glenn Fowler, experte sur le terrain pour l'Organe de recherche conjoint des Universités de Makerere et de Johns Hopkins, Kampala, Ouganda

Dr Ted Greiner, nutritionniste en chef, Programme pour les techniques de santé appropriées, Washington, DC, Etats-Unis

Dr Peggy Koniz-Booher, principale conseillère technique, Service de nutrition et de changement du comportement, Projet d'assurance de la qualité, Société de recherche de l'Université, Bethesda, MD, Etats-Unis

Dr Jean Humphrey, professeur, Ecole de santé publique Johns Hopkins Bloomberg, directrice du projet ZVITAMBO, Harare, Zimbabwe

Dr Festus Kalokola, directeur national, Projet d'assurance de la qualité, Société de recherche de l'Université, Dar es-Salaam, République unie de Tanzanie

Dr Louise Kuhn, professeur d'épidémiologie, Centre Sergievsky, Université de Columbia, New York, NY, Etats-Unis

Dr Valériane Leroy, épidémiologiste, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Institut d'épidémiologie et santé publique, Université Victor Segalen, Bordeaux, France

Professeur Wang Linhong, directeur adjoint, Centre national pour la santé des femmes et des enfants, Association chinoise pour la santé de la femme, Beijing, République populaire de Chine

Madame Lida Lhotska, coordinatrice, Groupe d'action pour l'alimentation infantile (IFBAN), Genève, Suisse

Dr Lynne Mofenson, pédiatre, Département de la lutte contre le SIDA chez les adolescents et les mères, Centre de recherche sur la mère et l'enfant, Institut national de la santé de l'enfant, Institut national de la santé, Rockville, MD, Etats-Unis

Dr Mildred Mudany, conseillère technique, Section de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant, Programme mondial de lutte contre le SIDA, Centre de prévention et de lutte contre les maladies, Nairobi, Kenya

Professeur Ruth Nduati, Département de pédiatrie, Université de Nairobi et Réseau de recherche sur le SIDA en Afrique orientale et australe, Nairobi, Kenya

Professeur Marie-Louise Newell, directrice, Centre africain pour les études de la démographie et de la santé, Université du KwaZulu-Natal, Mtubatuba, Afrique du Sud

Dr P. Padmanabhan, directeur, Santé publique et médecine préventive, Tamil Nadu, Inde

Dr Somsak Pattarakulwanich, directeur, Bureau de la promotion de la santé, Département de la santé, Ministère de la santé publique, Nontaburi, Thaïlande

Dr Marina Rea, chercheuse, Institut de la santé, Sao Paulo, Brésil

Professeur Nigel Rollins, directeur, Département de pédiatrie et de santé de l'enfant, Ecole de médecine Nelson R. Mandela, Université du KwaZulu-Natal, Durban, Afrique du Sud

Dr Felicity Savage-King, présidente, Alliance mondiale pour l'allaitement maternel, Leeds, Angleterre

Dr Kirsten Simondon, épidémiologie et prévention, Institut de recherche pour le développement, Montpellier, France

Professeur Philippe Van de Perre, Laboratoire de bactériologie-virologie, Centre hospitalier universitaire Arnaud de Villeneuve, Montpellier, France

Dr Saskia Walentowitz, Institut d'anthropologie sociale, Université de Berne, Berne, Suisse

Experts empêchés de participer à la consultation: _____

Dr Ophelia Dahl, directrice, Partners in Health, Boston, MA, Etats-Unis

Dr Frances Mason, conseillère en nutrition, Save the Children-UK, Londres, Angleterre

Madame Kabo Mompati, directrice, Ministère de la santé, Gaborone, Botswana

Dr Vianney Nizeyimana, directeur adjoint, Centre de traitement et de recherche sur le SIDA, Kigali, Rwanda

Dr Sylvestre Tapsoba, directeur de la nutrition, Ministère de la santé, Ouagadougou, Burkina Faso

Dr Mija-tesse Ververs, Sécurité alimentaire et nutrition, Département de la préparation et de l'intervention en cas de catastrophe, Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, Genève, Suisse

MEMBRES DE L'EQUIPE SPÉCIALE INTER-AGENCES SUR LA PRÉVENTION DES INFECTIONS DUES AU VIH CHEZ LES FEMMES ENCEINTES, LES MÈRES ET LEURS NOURRISSONS

Dr Tracy Creek, Centre de prévention et de lutte contre les maladies, Programme mondial de lutte contre le SIDA, Atlanta, GA, Etats-Unis

Dr Halima Dao, médecin, Prévention de la transmission de la mère à l'enfant, Centre de prévention et de lutte contre les maladies, Programme mondial de lutte contre le SIDA, Atlanta, GA, Etats-Unis

Dr Ruby Fayorsey, conseiller en pédiatrie clinique, Ecole de santé publique Mailman de l'Université de Columbia, New York, NY, Etats-Unis

Dr Christian Pitter, chef des services médicaux et techniques, Fondation Elizabeth Glaser pour le SIDA pédiatrique, Washington, DC, Etats-Unis

Dr Ellen Piwoz, Académie pour la promotion de l'éducation, Washington, DC, Etats-Unis

Dr Tim Quick, principal conseiller technique, VIH/SIDA et Nutrition, et coprésident du groupe de travail technique des aliments et de la nutrition, Agence des Etats-Unis pour le développement international, Bureau du VIH/SIDA, Washington, DC, Etats-Unis

Dr Rabia Mathai, premier vice-président, Conseil des missions médicales catholiques, New York, NY, Etats-Unis

Membres empêchés de participer à la consultation: _____

Dr Mathew Barnhart, Agence des Etats-Unis pour le développement international,
Washington, DC, Etats-Unis

Dr Margaret K. Davis, directrice, BOTUSA, Centre de prévention et de lutte contre
les maladies, Gaborone, Botswana

Madame Hind Othman, chef d'équipe, Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la
tuberculose et le paludisme, Genève, Suisse

REPRÉSENTANTS DES INSTITUTIONS DE L'ONU

Madame Fathia Abdallah, Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés,
Genève, Suisse

Dr Victor Aguayo, conseiller régional en nutrition, Fonds des Nations Unies pour
l'enfance, Bureau régional pour l'Afrique occidentale et centrale, Dakar, Sénégal

Dr Anirban Chatterjee, conseillère, Nutrition et soins en cas d'infection au VIH,
Fonds des Nations Unies pour l'enfance, New York, NY, Etats-Unis

Dr Hans Deknocke, c/o Dr Lynn Collins, Fonds des Nations Unies pour la
population, New York, NY, Etats-Unis

Dr Barbara de Zaluondo, directeur adjoint, Programme conjoint des Nations Unies
sur le VIH/SIDA, Genève, Suisse

Dr Sanjiv Kumar, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Genève, Suisse

Représentants empêchés de participer à la consultation: _____

Dr Martin Bloem, Programme alimentaire mondial, Rome, Italie

Dr Deborah Zewdie, Banque mondiale, Washington, DC, Etats-Unis

SECRÉTARIAT DU SIÈGE DE L'OMS

Dr Rajiv Bahl, médecin, Département Santé et développement de l'enfant et de
l'adolescent, OMS, Genève, Suisse

Madame Jenny Bishop, chercheuse, Département Sécurité sanitaire des aliments,
zoonoses et maladies d'origine alimentaires, OMS, Genève, Suisse

Dr André Briend, médecin, Département Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent, OMS, Genève, Suisse

Dr Carmen Casanovas, administrateur technique, Département Nutrition pour la santé et le développement, OMS, Genève, Suisse

Dr Bernadette Daelmans, médecin, Département Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent, OMS, Genève, Suisse

Dr Isabelle de Vincenzi, médecin, Département Santé et recherche génésiques, OMS, Genève, Suisse

Dr Isabelle de Zoysa, conseillère principale, Division Santé familiale et communautaire, OMS, Genève, Suisse

Dr René Ekpini, médecin, Département VIH/SIDA, OMS, Genève, Suisse

Dr Tim Farley, scientifique, Département Santé et recherche génésiques, OMS, Genève, Suisse

Dr Peggy Henderson, scientifique, Département Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent, OMS, Genève, Suisse

Dr Jose Martines, coordinateur, Département Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent, OMS, Genève, Suisse

Dr Elizabeth Mason, directrice, Département Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent, OMS, Genève, Suisse

Dr Randa Saadeh, scientifique, Département Nutrition pour la santé et le développement, OMS, Genève, Suisse

Dr Tin Tin Sint, médecin, Département VIH/SIDA, OMS, Genève, Suisse

Dr Constanza Vallenias, médecin, Département Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent, OMS, Genève, Suisse

Dr Zita Weis-Prinzo, Département Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent, OMS, Genève, Suisse

Dr Juliana Yartey, Pour une grossesse à moindre risque, OMS, Genève, Suisse

BUREAUX RÉGIONAUX DE L'OMS

Dr Charles Sagoe-Moses, médecin, Division Santé familiale et communautaire,
Bureau régional pour l'Afrique, OMS, Brazzaville, Congo

Représentant empêché de participer à la consultation: _____

Dr Rukhsana Haider, Bureau régional pour l'Asie du Sud-Est, OMS, Indraprastha
Estate, New Delhi, Inde.

Le présent rapport contient le résumé des nouvelles connaissances, conclusions et recommandations de la Consultation technique sur le VIH et l'alimentation des nourrissons, tenue en octobre 2006, à Genève. Cette réunion a été organisée par l'OMS au nom de l'Equipe spéciale inter-agences sur la prévention des infections dues au VIH chez les femmes enceintes, les mères et leurs nourrissons.

D'autres documents sur le VIH et l'alimentation des nourrissons se trouvent sur le site:
http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/infant_feeding/en/index.html
ou
http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/hiv_aids/en/index.html

Pour plus d'informations, veuillez contacter:

L'Organisation mondiale de la Santé:
le Département Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent
(cah@who.int) le Département VIH/SIDA (hiv-aids@who.int) ou
le Département Nutrition pour la santé et le développement (nutrition@who.int)

Avenue Appia 20
1211 Genève 27, Suisse

Site web: <http://who.int>

ISBN 978 92 4 259597 0

