

UNOFFICIAL TRANSLATION

This document has been translated from its original language using DeepL Pro (AI translation technology) in order to make more content available to HIV Justice Academy users. We acknowledge the limitations of machine translation and do not guarantee the accuracy of the translated version.

No copyright infringement is intended. If you are the copyright holder of this document and have any concerns, please contact academy@hivjustice.net.

TRADUCTION NON OFFICIELLE

Ce document a été traduit de sa langue d'origine à l'aide de DeepL Pro (une technologie de traduction en ligne basée sur l'intelligence artificielle) pour offrir aux utilisateurs de HIV Justice Academy une plus grande sélection de ressources. Nous sommes conscients des limites de la traduction automatique et ne garantissons donc pas l'exactitude de la traduction.

Aucune violation des droits d'auteur n'est intentionnelle. Si vous êtes le détenteur des droits d'auteur associés à ce document et que sa traduction vous préoccupe, veuillez contacter academy@hivjustice.net.

TRADUCCIÓN NO OFICIAL

Este documento fue traducido de su idioma original usando DeepL Pro (una aplicación web basada en inteligencia artificial) a fin de facilitar la lectura del contenido para los usuarios de la HIV Justice Academy. Reconocemos las limitaciones de las traducciones realizadas a través de este tipo de tecnología y no podemos garantizar la precisión de la versión traducida.

No se pretende infringir los derechos de autor. Si usted es el titular de los derechos de autor de este documento y tiene alguna duda, pónganse en contacto con academy@hivjustice.net.

НЕОФИЦИАЛЬНЫЙ ПЕРЕВОД

Этот документ был переведен с языка оригинала с помощью DeepL Pro (технологии перевода на основе искусственного интеллекта), чтобы обеспечить доступ пользователей Академии правосудия по ВИЧ к большему объему контента. Мы отдаем себе отчет в ограниченных возможностях машинного перевода и не гарантируем точности переведенной версии документа

Мы не имели намерения нарушить чьи-либо авторские права. Если вам принадлежат авторские права на этот документ, и у вас имеются возражения, пожалуйста, напишите нам на адрес academy@hivjustice.net



À LA COUR IDGH DU MALAWI
REGISTRE DU DISTRICT DE ZOMBA
APPEL CRIMINEL NUMÉRO 36 DE 2016.

(Affaire pénale numéro 95 de 2016 devant le tribunal de première instance de deuxième degré siégeant à Machinga).

Entre :

LA RÉPUBLIQUE

ET

RESPONDANT

██████████
||

APPELANT

AFFIDAVIT D'EXPERT

Je, Dr Ruth Margaret Bland de The Knowes, Auchans Road, By Houston, Renfrewshire, PA6 7EF, UK, fais le serment et déclare ce qui suit :

1. QUE je suis un expert médical et que j'ai une grande expérience de la recherche dans le domaine de la transmission du VIH.
 2. QUE je prête serment sur cet affidavit au nom de l'appelant.
 3. QUE tous les faits relatés dans le présent affidavit sont véridiques et exacts et, sauf indication contraire du contexte, relèvent de ma connaissance et de ma conviction personnelles. Dans la mesure où je me fonde sur des informations reçues d'autres personnes, je crois que ces informations sont vraies et correctes. Je sou mets respectueusement que je suis, de par ma formation et mon expérience, dûment qualifié pour exprimer les vues et opinions que j'exprime dans cette déclaration sous serment.
 4. QUE cette déclaration sous serment porte sur les preuves médicales et scientifiques relatives au risque de transmission du VIH par l'allaitement, et plus particulièrement sur le TAR maternel, la transmission du VIH et l'allaitement.
- 4.1. Mes qualifications et mon expérience sont les suivantes :

QUALIFICATIONS ET EXPERTISE

- 5.** Je suis titulaire d'une licence en sciences de l'université de St Andrews (BSc) (Hons), d'une licence en médecine de l'université de Glasgow (MB ChB), d'un doctorat en médecine de l'université de Glasgow (MD) et du titre de membre du Royal College of Paediatrics and Child Health, UK (FRCPCH). J'ai obtenu mon diplôme de docteur en médecine de l'université de Glasgow en 2007, sur le thème "Infant feeding practices in rural South Africa and recommendations to prevent postnatal transmission of HIV".
- 6.** Je suis actuellement pédiatre consultant à l'hôpital royal pour enfants de Glasgow, au Royaume-Uni. Je suis également professeur associé honoraire de clinique à l'Institut de la santé et du bien-être de l'université de Glasgow et professeur associé honoraire à l'École de santé publique de l'université de Witwatersrand, en Afrique du Sud.
- 7. QUE** Je travaille dans le domaine de la pédiatrie et de la santé infantile depuis plus de 20 ans. J'ai passé 10 ans dans l'ouest de l'Écosse en tant que pédiatre clinicien, complétant ma formation de spécialiste au Royal Hospital for Sick Children de Glasgow, au Royaume-Uni. J'ai ensuite vécu pendant 13 ans au KwaZulu-Natal, en Afrique du Sud, où j'ai travaillé au Centre africain pour la santé de la population (www.africacentre.ac.za), financé par le Wellcome Trust, d'abord en tant que chercheur clinique, puis en tant que responsable de la recherche clinique. Dans ce dernier rôle, j'ai supervisé le programme de recherche clinique du centre, notamment sur le VIH, la tuberculose, la biologie de la transmission du VIH, le développement et la croissance des enfants.
- 8. QUE** j'ai une expertise considérable sur la transmission du VIH de la mère à l'enfant et l'alimentation des nourrissons et je m'intéresse particulièrement aux origines précoces de la santé et de la maladie, notamment au rôle de l'allaitement maternel dans la santé ultérieure :

 - 8.1.** J'étais co-candidate et chef de projet de l'étude sur la transmission verticale, une vaste cohorte d'intervention communautaire conçue pour étudier l'impact de l'allaitement exclusif sur la transmission postnatale du VIH de la mère à l'enfant, qui s'est achevée en septembre 2006. J'étais principalement responsable de la mise en œuvre de l'intervention de conseil à domicile pour soutenir l'allaitement exclusif chez plus de 2 000 femmes infectées et non infectées par le VIH. Les résultats de l'étude ont été publiés dans The Lancet en 2007 (Coovadia et al, Lancet 2007), ont été largement diffusés et ont contribué à modifier les directives de l'Organisation mondiale de la santé sur l'alimentation des nourrissons et le VIH publiées en 2007.
 - 8.2.** J'ai été engagée comme consultante par l'Organisation mondiale de la santé en 2005 pour développer un cours de formation sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants (Infant and Young Child Feeding : A Counselling Course) qui a été utilisé dans de nombreuses régions du monde.
 - 8.3.** J'ai développé un cours sur le VIH et la nutrition pour les enfants et les adolescents pour l'OMS, dont le premier test sur le terrain a eu lieu au Malawi en août 2009.
 - 8.4.** J'ai été invité à plusieurs ateliers d'experts de l'Organisation mondiale de la santé : Consultation mondiale sur l'alimentation complémentaire, Genève (2001) ; atelier de conception d'un outil d'évaluation pour documenter les pratiques d'alimentation des nourrissons, Botswana (2001) ; réunion pour discuter des nouvelles recherches liées au VIH et à l'alimentation des nourrissons et des implications pour la formation.

matériaux, Genève (2004).

8.5. Mes recherches en cours portent sur les avantages à long terme de l'allaitement maternel chez les enfants exposés et non exposés au VIH dans les zones rurales d'Afrique du Sud.

9. que mon curriculum vitae est joint à la lettre "BI".

CONCEPTS ET DÉFINITIONS

10. QUE le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est un virus qui s'attaque au système immunitaire de l'organisme, en particulier aux cellules CD4 ou T. Ces cellules aident l'organisme à combattre les infections et les maladies. Ces cellules aident l'organisme à combattre les infections et les maladies. En l'absence de traitement, le VIH réduit les cellules CD4 de l'organisme, ce qui rend la personne plus vulnérable aux infections opportunistes.

11. QUE la thérapie antirétrovirale (TAR) est l'utilisation d'une combinaison de trois médicaments ou plus pour traiter l'infection par le VIH.

12. QUE le terme "transmission verticale" désigne la transmission du VIH d'une mère vivant avec le VIH à un enfant, que ce soit in utero, péripartum (pendant et immédiatement après l'accouchement) ou postnatale (après l'accouchement) par l'allaitement.

13. L'allaitement maternel exclusif désigne le fait de nourrir un nourrisson uniquement au lait maternel, sans lui donner d'autres liquides ou solides. L'allaitement maternel exclusif est recommandé par l'Organisation mondiale de la santé pour les nourrissons pendant les six premiers mois de leur vie, sauf dans des circonstances exceptionnelles.

14. L'allaitement mixte désigne l'alimentation d'un nourrisson au moyen de lait maternel et d'autres liquides ou solides (par exemple, lait maternel plus lait maternisé, ou lait maternel plus bouillie).

15. L'expression "alimentation de remplacement" désigne un nourrisson qui ne reçoit pas de lait maternel et qui est nourri avec un substitut de lait maternel approprié, généralement sous la forme d'une préparation commerciale pour nourrissons, pendant les six premiers mois de sa vie.

16. QUE le terme OMS désigne l'Organisation mondiale de la santé.

17. QUE l'allaitement maternel est l'un des fondements de la santé, du développement et de la survie de l'enfant, en particulier lorsque la diarrhée, la pneumonie et la dénutrition sont des causes courantes de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans, comme c'est le cas au Malawi.

18. Le HN peut être transmis de la mère à l'enfant pendant la grossesse, l'accouchement ou après la naissance par l'allaitement.
19. **QUE** l'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans ses dernières " Lignes directrices " de 2016 : Mises à jour sur le VIH et l'alimentation du nourrisson : La durée de l'allaitement maternel et le soutien des services de santé pour améliorer les pratiques d'alimentation chez les mères vivant avec le VIH " (Voir ci-joint en " **B2** ") recommande fortement que les mères vivant avec le HN allaitent leurs enfants pendant au moins 12 mois et puissent continuer à allaiter jusqu'à 24 mois ou plus sous traitement antirétroviral. Cette recommandation est similaire à celle de la population générale. Les lignes directrices recommandent en outre
- 19.1.** "Dans les milieux où les services de santé fournissent et soutiennent un traitement antirétroviral à vie, y compris des conseils sur l'observance, et encouragent et soutiennent l'allaitement maternel chez les femmes vivant avec le VIH, la durée de l'allaitement ne devrait pas être limitée."
- 19.2.** "Les mères dont on sait qu'elles sont infectées par le VIH (et dont les nourrissons ne sont pas infectés par le VIH ou dont le statut sérologique est inconnu) doivent exclusivement allaiter leurs nourrissons pendant les six premiers mois de leur vie, introduire ensuite des aliments complémentaires appropriés et poursuivre l'allaitement."
- 19.3.** "Les autorités sanitaires nationales et locales devraient activement coordonner et mettre en œuvre des services dans les établissements de santé et des activités sur les lieux de travail, dans les communautés et à domicile pour protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel chez les femmes vivant avec une HN."
- 19.4.** "Même lorsque les médicaments ARV ne sont pas disponibles, il faut conseiller aux mères d'allaiter exclusivement au sein pendant les six premiers mois de la vie et de poursuivre l'allaitement par la suite, à moins que les circonstances environnementales et sociales ne soient sûres et favorables à une alimentation de remplacement. Dans les circonstances où il est peu probable que les médicaments ARV soient disponibles, comme dans les urgences aiguës, l'allaitement des nourrissons exposés à la NH est également recommandé pour augmenter la survie."
20. **QUE** le Malawi 2014 "Gestion clinique du VIH chez les enfants et les adultes : Malawi Integrated Guidelines for Providing HIV Services in Antenatal Care, Maternity Care, Under 5 Clinics, Family Planning Clinics, HN Exposed Child/ Pre-ART Clinics, and ART Clinics" sont des directives publiées par le ministère de la Santé à l'intention des prestataires de soins de santé des établissements publics et privés du Malawi. Elles sont jointes en annexe "**B3**". Ces directives prévoient, entre autres, ce qui suit :
- 20.1.** La fourniture d'un traitement antirétroviral (TAR) à vie aux femmes enceintes et allaitantes séropositives, quel que soit leur taux de CD4 ou leur stade clinique, est l'un des piliers de la stratégie de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH ("Option B+").
- 20.2.** "Les agents de santé ne devraient pas décourager activement la grossesse [chez les femmes vivant avec le VIH], car le risque de transmission de l'*HN* au bébé est inférieur à 5 % si la mère commence un traitement antirétroviral le plus tôt possible [et] s'y conforme totalement tout au long de la grossesse et de l'allaitement ".
- 20.3.** L'allaitement maternel est universellement approuvé, quel que soit le statut sérologique de la mère :
- 20.4.** "Les recommandations en matière d'alimentation sont les mêmes pour tous les nourrissons, indépendamment de l'exposition au VIH ou du statut d'infection par le VIH".
- 20.5.** Les recommandations en matière d'alimentation comprennent le fait de donner "uniquement du lait maternel jusqu'à l'âge de 6 mois" et d'arrêter "l'allaitement vers l'âge de 24 mois".

20.6. "L'alimentation de substitution (lait maternisé) n'est pas recommandée, sauf si les femmes sont incapables d'allaiter."

21. QUE la politique et les lignes directrices sur la nutrition des nourrissons et des jeunes enfants (jointes en "**B4**") encouragent de la même manière l'allaitement maternel comme première option d'alimentation tout en soulignant l'importance de fournir aux mères des informations complètes sur les risques et les options et de les soutenir dans leurs choix :

21.1. La politique stipule que "l'allaitement maternel exclusif doit être protégé, encouragé et soutenu en tant que principale option d'alimentation pour tous les nourrissons dans toutes les populations, quel que soit le statut VIH des enfants ou de leurs mères".

21.2. "Toutes les mères séropositives doivent recevoir des informations complètes sur toutes les options possibles d'alimentation du nourrisson et être autorisées à faire un choix éclairé."

21.3. "La confidentialité et le soutien du choix de l'alimentation doivent être maintenus à tout moment comme gestion standard de l'alimentation du nourrisson pour les mères séropositives."

PREUVES DE L'IMPORTANCE ET DE LA SÉCURITÉ DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

22. QUE les recommandations citées ci-dessus sont fondées sur des preuves qui soutiennent la promotion de l'allaitement maternel auprès des femmes vivant avec le VIH afin d'assurer la survie sans VIH des nourrissons exposés au VIH.

23. En Afrique australe, les taux de mortalité infantile sont parmi les plus élevés au monde. Dans ces contextes, l'utilisation de substituts commerciaux du lait maternel et d'autres aliments de remplacement chez les nourrissons non exposés au VIH est associée à une augmentation significative de la morbidité et de la mortalité.

24. QUE les preuves des avantages à long terme d'une durée prolongée de l'allaitement maternel pour la santé de la mère et de l'enfant, y compris le développement de l'enfant et la prévention des maladies non transmissibles, soulignent la pertinence de soutenir l'allaitement maternel dans les milieux à revenu élevé comme à faible revenu.

RISQUE DE TRANSMISSION DU VIH PAR L'ALLAITEMENT MATERNEL

25. QUE sans interventions préventives antirétrovirales, le risque de transmission du VIH après la naissance a varié entre 15 et 45 %, selon les facteurs de risque maternels et la pratique ou non de l'allaitement. Ces estimations étaient fondées sur la transmission du VIH sans traitement antirétroviral. (Les facteurs de risque maternels comprennent une charge virale élevée du VIH chez la mère, un faible taux de CD4 chez la mère). Les estimations varient également selon que le nourrisson n'a reçu aucun lait maternel, un lait maternel quelconque ou un lait maternel exclusif.

26. QUE de nombreux facteurs augmentent le risque de transmission du VIH après la naissance, notamment l'état du système immunitaire de la mère, le caractère récent de l'infection par le VIH chez la mère et le fait que l'enfant soit exclusivement allaité ou non (l'allaitement exclusif comporte un risque plus faible de transmission du VIH que l'allaitement mixte).

27. QUE pendant l'allaitement, le traitement par ART réduit la charge virale du VIH dans l'organisme de la femme vivant avec le VIH. Lorsque le traitement antirétroviral est efficace, la suppression de la charge virale permet de

réduire la probabilité de transmission du VIH par l'allaitement.

28. QUE l'OMS a mis à jour les directives sur le VIH et l'alimentation des nourrissons en 2016, à la lumière des éléments suivants

de nouvelles données scientifiques relatives à la transmission du VIH et au traitement antirétroviral maternel. Des études systématiques ont été commandées par l'OMS pour cette mise à jour, notamment une étude intitulée "Postnatal HIV Transmission rates at age six and 12 months in infants of HIV-infected women on ART initiating breastfeeding : a systematic review of the literature", auteurs : Lana Chikhungu, Stephanie Bispo et Marie-Louise NeweU-

29. QUE dans l'examen systématique ci-dessus, six études ont fourni des estimations des taux de transmission du VIH par l'allaitement chez les femmes sous TAR. Ces études ont été menées au Malawi (Jamieson), en Afrique du Sud (Coovadia), au Kenya (Thomas), en Tanzanie (Kilewo), au Mozambique (Marazzi) et en Inde (Alvarez-Uria). Une analyse groupée de ces études a révélé un taux de transmission groupé par l'allaitement maternel à 6 mois de 1,08% (intervalle de confiance à 95% de 0,32% à 1,85%). Dans toutes ces études, les nourrissons ont reçu du lait maternel depuis la naissance pendant au moins 6 mois.

30. QUE d'autres preuves supportant l'utilisation du TAR chez les femmes qui allaitent ont été présentées par Taha lors de la 21st conférence internationale sur le sida à Durban, en juillet 2016. Les résultats proviennent de l'étude PROMISE, menée sur 14 sites au Malawi, en Inde, en Afrique du Sud, en Tanzanie, en Ouganda, en Zambie et au Zimbabwe auprès de 2431 femmes infectées par le VIH et de leurs 2444 nourrissons. Les taux de transmission du VIH aux nourrissons étaient extrêmement faibles : 0,3% à l'âge de 6 mois et 0,6% à l'âge de 1 an, avec un taux élevé de survie des nourrissons (99% à l'âge de 12 mois). La conclusion de l'étude est que les régimes de TAR pendant l'allaitement éliminent essentiellement la transmission du VIH par le lait maternel aux nourrissons.

31. QUE les études susmentionnées portaient sur des nourrissons ayant reçu du lait maternel pendant au moins 6 mois à partir de la naissance. La durée de l'allaitement maternel est un déterminant majeur de la transmission postnatale. La probabilité qu'une femme infectée par le VIH, sous traitement antirétroviral et dont la charge virale est supprimée, transmette le VIH à un enfant après un seul allaitement est extrêmement faible (moins de 0,3 %).

CONCLUSIONS

32. QUE, selon mon avis d'expert, dans le cas de l'appelante, le risque de transmission du VIH à l'enfant après une seule exposition à son lait maternel alors qu'elle était sous traitement antirétroviral serait infiniment petit.



Dr Ruth M Bland

24th novembre 2016