



CONSEIL NATIONAL DU SIDA
25-27 RUE D'ASTORG
75008 PARIS
T. 33 [0]1 40 56 68 50
F. 33 [0]1 40 56 68 90
CNS.SANTE.FR

AVIS SUIVI DE RECOMMANDATIONS

INTERNATIONAL

FR

24 JUIN 2004

PROMOUVOIR L'ACCÈS AUX ANTIRÉTROVIRAUX DES FEMMES ENCEINTES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA DANS LES PAYS DU SUD

Sur proposition de la commission « International »

Responsable de la commission : M. Willy Rozenbaum

Membres de la commission :

- M. Jean-François Bloch-Lainé
- Mme Dominique Thouvenin
- M. Didier Fassin
- M. Jacques Gradt
- Mme Danielle Juette
- M. William Lowenstein
- Mme Véronique Nahoum-Grappe

Rapporteurs : M. Frédéric Depétris ; M. Marc Dixneuf

INTRODUCTION

Chaque année environ 700 000 enfants sont infectés par le VIH dans le monde, soit près de 2000 par jour. La grande majorité de ces contaminations est la conséquence d'une transmission du virus de la mère à l'enfant (TME), pendant la grossesse, au moment de l'accouchement ou au cours de l'allaitement. Sans traitement, le taux de transmission du virus peut varier de 15 % à 30 % en l'absence d'allaitement, et de 30 % à 45 % en cas d'allaitement¹.

Dans les pays du Nord, où les femmes bénéficient d'une prise en charge globale avec un accès aux traitements et à l'allaitement artificiel, les taux de transmission du virus de la mère à l'enfant sont très bas, de l'ordre de 1 % à 2 % aujourd'hui en France.

Dès 1998, dans son avis sur l'accès aux traitements en Afrique sub-saharienne², le CNS s'est prononcé pour un accès généralisé aux antirétroviraux, contre l'opinion dominante à l'époque. Cette position ne se fondait pas seulement sur des considérations d'ordre éthique, mais aussi sur des critères de santé publique : en effet, il n'y a pas d'actions de prévention efficaces sans prise en charge globale. Dans un contexte où l'accès généralisé aux traitements est désormais admis par la plupart des acteurs locaux et internationaux, et compte tenu de l'évolution des connaissances en matière de traitements, il a paru opportun au CNS de faire le point sur les actions mises en place aujourd'hui au sein des programmes de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME).

¹ D'après les données de l'OMS. OMS, *Recommendations on ARV's and MTCT Prevention 2004*, 7 janvier 2004.

² *Vers une nouvelle solidarité. Pour un accès aux traitements antirétroviraux des personnes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne*, Rapport suivi de recommandations du CNS du 10 décembre 1998.

1 LES LIMITES DES PROGRAMMES ACTUELS DE PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DE LA MÈRE À L'ENFANT DANS LES PAYS DU SUD

Dans les pays du Nord où les traitements sont largement accessibles, de plus en plus de femmes vivant avec le VIH qui vont accoucher sont suivies et bénéficient d'une multithérapie, ce qui explique le faible pourcentage d'enfants infectés. Ces protocoles de prévention de la transmission de la mère à l'enfant ont été améliorés au fil du temps et bénéficient des dernières avancées de la recherche. En France par exemple, les nouvelles recommandations prennent en compte les données récentes qui montrent que les multithérapies constituent la prévention la plus efficace de la transmission de la mère à l'enfant. Il est donc recommandé de poursuivre une multithérapie chez les femmes enceintes ou de la débiter à la fin de la grossesse afin de réduire rapidement le taux de virus au niveau le plus bas possible³. Par ailleurs, si la femme a besoin d'un traitement pour elle-même, celui-ci peut débiter plus tôt au cours la grossesse. Enfin, des risques pour l'enfant liés à l'utilisation des antirétroviraux sont évoqués mais, en l'état actuel de nos connaissances, ils ne remettent pas en cause le rapport bénéfices/risques du traitement⁴.

A l'heure actuelle, ce type de recommandations n'est pas appliqué dans les pays du Sud où seuls des programmes simplifiés de PTME ont été mis en place à partir de 1998. Peu nombreux, ils consistent pour la plupart en des régimes courts de quelques semaines, voire des traitements monodose pour la mère et le nouveau-né.

Ces actions menées principalement en Afrique sub-saharienne sont, aujourd'hui encore, souvent présentées comme ayant un bon rapport coût/efficacité même si certaines voix, notamment associatives, s'interrogent depuis l'origine sur les conditions de leur mise en oeuvre. De nombreux acteurs se sont mobilisés pour ces programmes qui font désormais partie de leurs activités de lutte contre le VIH/sida dans les pays du Sud⁵. Malgré cette mobilisation, les données disponibles concernant la conduite de ces actions de prévention font apparaître un certain nombre de limites.

1.1 UN NOMBRE ENCORE TROP ÉLEVÉ DE CONTAMINATIONS

L'écart entre le nombre de femmes qui font l'objet d'une consultation prénatale dans le cadre des programmes de PTME et celui des femmes mises sous traitement est très important. A chaque étape du processus (première consultation-information-conseil ; acceptation du test ; résultats rendus ; mise sous traitement effectif et complet ; allaitement artificiel) le nombre de femmes suivies diminue. Plusieurs études font état d'une proportion d'environ 30 % de femmes vivant avec le VIH, reçues lors d'une consultation prénatale, et qui acceptent leur mise sous traitement⁶. Or, celui-ci n'est efficace qu'à 50 %, notamment en raison du recours à l'allaitement maternel exclusif ou mixte. Par conséquent, 10 % à 15 % seulement des enfants des femmes qui ont eu une consultation prénatale dans le cadre de ces programmes bénéficient d'une réelle prévention.

Les causes de l'absence de recours à l'allaitement artificiel sont désormais connues : la stigmatisation très forte des femmes n'allaitant pas leurs enfants, d'autant que cette pratique est devenue en maints endroits synonyme d'infection par le VIH ; le manque de moyens financiers quand le lait artificiel n'est pas distribué gratuitement et pour une durée suffisante par le programme de PTME ; les problèmes d'hygiène qui augmentent les risques sanitaires pour l'enfant. En outre, des campagnes en faveur de l'allaitement maternel exclusif, par ailleurs justifiées sur le plan nutritionnel, sont menées depuis plus de 20 ans par certaines organisations internationales. Or ces campagnes prennent insuffisamment en compte d'une part, les changements liés au développement de l'épidémie de VIH/sida et d'autre part, le fait que l'allaitement maternel, rarement exclusif, fait courir de ce fait des risques sanitaires quasi similaires à ceux de l'allaitement artificiel.

³ « Le groupe d'experts recommande [...] de prescrire chez les femmes enceintes en prévention de la transmission mère enfant une multithérapie associant deux IN et un IP considérée comme la plus efficace », Cf. *Prise en charge des personnes infectées par le VIH, Recommandations du groupe d'experts, Rapport 2004*, sous la direction du professeur J-F. Delfraissy, à paraître, p. 213.

⁴ Cf. « Persistent mitochondrial dysfunction in HIV-1 exposed but uninfected infants: clinical screening in a large prospective cohort », *AIDS*, 2003 Aug 15, 17 (12):1769-85.

⁵ Par exemple, le programme de PTME mis en oeuvre en 1999 en Côte d'Ivoire associe la fondation GlaxoSmithKline, le FSTI (et aujourd'hui ESTHER), l'Unicef, le CDC et l'ANRS.

⁶ Par exemple, dans le cadre d'un essai Ditrane-ANRS 049 mené à Abidjan et Bobo-Dioulasso : sur 7411 femmes enceintes à qui on propose le test, 6687 acceptent (90,2 %), 687 sont VIH +. Sur ces 687, 440 reviennent chercher leurs résultats (64 %) et 209 seulement (soit 30,4 % des femmes infectées) acceptent de suivre le protocole de soins (avec ZDV). Il n'y a pas de données sur le pourcentage de femmes ayant effectivement eu recours à un allaitement artificiel exclusif. Cité dans « Field acceptability and effectiveness of the routine utilization of zidovudine to reduce mother-to-child transmission of HIV-1 in West Africa », *AIDS*, 2002 Nov 22, 16 (17):2323-8.

1.2 LES RISQUES D'APPARITION DE RÉSISTANCES EN CAS DE TRAITEMENTS INSUFFISAMMENT PUISSANTS

Dans les pays du Sud, le nombre de traitements utilisés dans la prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant est relativement restreint. La majorité des programmes recourt aujourd'hui à l'AZT (ou zidovudine), associée parfois à la 3TC, mais le plus souvent à la névirapine. L'OMS recommande désormais une trithérapie en première intention (AZT + 3TC + NVP) si la femme enceinte peut être prise en charge assez tôt. Cependant, l'organisation préconise également, en dépit de leur moindre efficacité et des risques de résistance qui leur sont associés, une bithérapie (AZT + 3TC), ou encore de la névirapine monoprise monodose pour la mère et pour l'enfant en cas de prise en charge très tardive⁷. Dans les faits, la plupart des programmes mis en place dans les pays en développement utilisent la névirapine en monothérapie en raison de sa disponibilité, de son faible coût et de sa simplicité d'utilisation.

Cependant, l'utilisation actuelle de la névirapine en monothérapie pour les femmes de ces pays est susceptible de réduire fortement l'efficacité des traitements qui pourraient leur être proposés ultérieurement. En effet, différents essais montrent que l'utilisation de la névirapine en monothérapie engendre l'apparition de mutations de résistances chez un certain nombre de patientes traitées, ce qui ne préjuge pas de son efficacité lorsqu'elle est combinée, de manière adéquate, à d'autres antirétroviraux⁸. Selon les protocoles retenus dans les essais, le pourcentage de femmes présentant des mutations de résistances varie de 20 % à 70 %. Même si pour les mères, la forme initiale du virus redevient dominante au fil du temps, les mutations de résistances ont été en quelque sorte « archivées » par l'organisme de ces patientes et sont susceptibles d'empêcher l'activité des traitements futurs. Ainsi, 30 % à 60 % des patientes qui ont été traitées par névirapine en monothérapie au moment de l'accouchement sont en échec thérapeutique à six mois lorsqu'elles reçoivent ultérieurement certaines multithérapies⁹. Enfin, les enfants qui naissent infectés de mères porteuses de virus mutants et résistants acquièrent aussi ces résistances.

Compte tenu du fait que 80 % des programmes thérapeutiques au long cours en Afrique utilisent de la Triomune, trithérapie associant la névirapine à l'AZT et à la 3TC, on peut considérer qu'un très grand nombre de femmes ayant été traitées par névirapine en monothérapie, ainsi que leurs enfants s'ils sont contaminés, ne pourront pas bénéficier de ces traitements au long cours. Par ailleurs, la plupart des femmes ne sont pas informées des risques de toxicité liés à l'usage de la névirapine telles que les atteintes hépatiques et les toxidermies¹⁰. Enfin, les mutations de résistances engendrées par la névirapine en monothérapie ne sont pas seulement des résistances à ce médicament mais à toute la classe des non-nucléosidiques. La généralisation des traitements utilisant la névirapine en monothérapie obère donc fortement les chances de succès thérapeutiques des trithérapies actuellement disponibles au Sud, et donc à terme, la survie de ces femmes, et de leurs enfants.

2 INSCRIRE LES PROGRAMMES DE PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DE LA MÈRE À L'ENFANT DANS UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE DES PERSONNES

Les traitements efficaces existent au Nord et ils ont permis de réduire très sensiblement le risque de transmission. De même, en fonction de l'acquisition de connaissances nouvelles concernant les risques de toxicité, pour la mère et pour l'enfant, et les risques d'apparition de résistances, les recommandations ont changé et les traitements préconisés ont été amendés. On peut dès lors se poser la question de savoir pourquoi ce qui est recommandé au Nord ne devrait pas s'appliquer au Sud.

⁷ OMS, *Recommendations on ARV's and MTCT Prevention 2004*, op. cit., p. 25. Or, selon les recommandations des experts français, « la prescription d'une bithérapie par deux IN ou un IN et névirapine ne permet habituellement pas d'atteindre une réduction optimale de la charge virale. Cette stratégie de bithérapie, suboptimale en terme d'efficacité, comporte aussi le risque d'émergence de résistance, élevé pour la névirapine, compromettant à long terme l'avenir thérapeutique de la femme et celui de l'enfant s'il est infecté », *Prise en charge des personnes infectées par le VIH, Recommandations du groupe d'experts*, op. cit., p. 213.

⁸ Cf. notamment, l'essai SAINT « South African Intrapartum Nevirapine Trial : Selection of resistance mutations », John Sullivan, communication à la XIV^e Conférence internationale sur le sida à Barcelone, juillet 2002 ; « Low frequency of the V 106M mutation among HIV-1 subtype C infected pregnant women exposed to nevirapine », *AIDS*, 2003 Jul 25, 17(11):1698-700 ; « Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda : 18-month follow-up of the HIVNET 012 randomised trial », *Lancet*, 2003 Sep 13, 362 (9387):859-68.

⁹ « Exposure To Intrapartum Single Dose Nevirapine And Subsequent Maternal 6-Months Response To NNRTI Based Regimens », Marc Lallemand, communication à la 11^e Conférence sur les rétrovirus et les maladies opportunistes (CROI), février 2004.

¹⁰ A ce jour, les données concernant l'efficacité d'autres thérapeutiques puissantes ou multithérapies d'urgence en cas de prise en charge très tardive n'ont pas été produites et le CNS invite la communauté scientifique à mener des recherches en ce sens.

2.1 FAIRE BÉNÉFICIER LES FEMMES ENCEINTES ET LEURS FAMILLES DE L'ACCÈS AUX ANTIRÉTROVIRAUX (ARV)

Comme le soulignait le CNS dans son avis de 1998¹¹, il n'y pas d'incitation efficace au dépistage sans possibilité d'accès aux traitements. Ces résultats ont été constatés aussi bien au Nord qu'au Sud. Dans les programmes où les tests de dépistage sont accompagnés d'une proposition de traitement au long cours, le taux d'acceptation, de prise de connaissance des résultats et de mise effective sous traitement sont bien plus élevés que les 10 % généralement constatés en l'absence de propositions de traitement¹². L'inclusion des femmes vivant avec le VIH au sein de programmes au long cours leur permettant d'être traitées diminuerait très probablement les taux importants de pertes de vue.

Trop souvent, au sein des programmes de PTME, les femmes ne sont pas suivies et traitées pour elles-mêmes mais pour l'enfant qu'elles portent, quitte à en faire un futur orphelin. Elles ne sont donc pas considérées elles aussi comme des personnes atteintes nécessitant une prise en charge, mais comme des sources potentielles de contamination. L'absence de prise en compte de ces personnes en tant que telles est à la fois inacceptable d'un point de vue éthique et inefficace d'un point de vue thérapeutique. En effet, en l'absence d'accès aux traitements, il n'est proposé aux femmes vivant avec le VIH qui accouchent que de renoncer à des grossesses ultérieures et d'avoir recours à la contraception. Or, la maternité et le désir d'enfants sont à ce point essentiels à la construction de l'identité sociale de ces femmes que face à ce discours, elles s'auto-excluent des programmes de PTME et accouchent en dehors de tout système de soins et de prévention.

En outre, en raison des contraintes sociales très fortes qui s'exercent sur les femmes, celles-ci refusent bien souvent de recourir à l'allaitement artificiel qui les désigne comme personnes infectées. Et celles qui essaient de limiter les risques de transmission à leur enfant alternent souvent allaitement naturel et artificiel, ce qui aboutit pour l'enfant, en l'absence de conditions sanitaires satisfaisantes et d'une prise en charge adaptée, à cumuler les risques associés à chacune de ces pratiques. En revanche, les femmes qui reçoivent une trithérapie au moment de leur grossesse et la poursuivent pendant l'allaitement, verront leur taux de virus s'abaisser. Dès lors, les risques de transmission du virus à l'enfant liés à l'allaitement maternel pourraient être réduits.

Enfin, l'extension de l'accès aux médicaments pour le père et les autres membres de la famille, accompagnée d'un discours de prévention et d'information, contribuerait à la lutte contre la stigmatisation et les pressions que subissent les personnes vivant avec le VIH, qui les conduisent à cacher leur maladie voire à arrêter le traitement.

Aujourd'hui, le principe d'un accès généralisé aux traitements des personnes vivant avec le VIH dans les pays du Sud a été accepté par les principaux acteurs internationaux et nationaux de la lutte contre le VIH/sida. En témoignent le développement des initiatives telles que le programme 3 by 5, ou la multiplication des projets d'accès aux antirétroviraux sollicitant les bailleurs de fonds internationaux et notamment le Fonds mondial. Dès lors, il apparaît nécessaire d'inclure les programmes de PTME existants au sein de ces différents programmes d'accès global aux traitements et de proposer une trithérapie aux femmes enceintes vivant avec le VIH. Les programmes de PTME devraient être conçus comme une première étape dans l'accès aux multithérapies pour ces femmes enceintes et leurs familles (« PTME + »). En ce sens l'OMS, dans ses dernières recommandations, prend acte des dangers avérés de l'utilisation de la névirapine mais n'en tire que des conclusions partielles, alors qu'une révision complète de la stratégie et des traitements préconisés est nécessaire.

2.2 PRÉPARER LE CHANGEMENT D'ORIENTATION ET D'ÉCHELLE DES PROGRAMMES DE PTME

En l'absence d'un accès généralisé aux soins, à l'exception de certains pays comme le Brésil ou la Thaïlande au sein desquels les actions de PTME sont complétées par des programmes d'accès aux antirétroviraux, ce sont moins de 1 % des femmes vivant avec le VIH dans les pays du Sud qui bénéficient de cette prévention. Il est donc à la fois nécessaire de changer la nature des programmes de PTME mis en œuvre dans ces pays, mais aussi d'en augmenter le nombre.

Pour le Conseil national du sida, la prise en charge des femmes enceintes incluant une plurithérapie précoce au cours de la grossesse et prolongée au-delà de l'accouchement doit donc devenir un des premiers volets des programmes d'accès généralisé aux traitements mis en place dans les pays du Sud. Le CNS est conscient des difficultés qu'entraîne ce changement d'orientation et

¹¹ Conseil national du sida, *Vers une nouvelle solidarité*, op.cit.

¹² Ainsi au Burundi, au centre de consultation prénatale mis en place par l'Unicef, seules 35 % des femmes ont accepté le test et 20 % seulement sont venues chercher le résultat. La raison principale de cette déperdition est l'absence de traitements en cas d'annonce de séropositivité. *A contrario* dans le même pays, à l'Association nationale de soutien aux séropositifs et sidéens (ANSS), 90 % des personnes dépistées reviennent prendre connaissance du résultat car elles savent qu'en cas de séropositivité, un traitement leur sera proposé. Audition du CNS.

d'échelle. Néanmoins, les adaptations nécessaires sont celles qui s'imposent en grande partie aujourd'hui à l'ensemble de ces programmes d'accès global pour atteindre leurs objectifs.

La première condition est la présence, la stabilité, la formation et la supervision des équipes de soignants. Trop souvent, les programmes d'accès aux traitements se heurtent au manque de médecins et de personnels soignants, au problème de leur rémunération et de leur formation. Le changement d'échelle ne pourra avoir lieu sans leur implication et leur reconnaissance.

Par ailleurs, ce changement nécessite un renforcement du travail en réseau entre les équipes sanitaires dévolues à la santé de la mère et de l'enfant et les équipes sanitaires spécialisées dans l'épidémie de VIH/sida. En effet, au sein de systèmes de soins trop souvent défaillants et socialement discriminants, les consultations prénatales et l'accouchement constituent une occasion, parfois unique, d'un contact avec une structure de soins et donc d'un accès à des soins primaires et à un message d'éducation sanitaire. La maternité doit ainsi être un moment privilégié d'accès global aux soins : un ensemble minimum de soins essentiels devrait être proposé afin de réduire non seulement la mortalité infantile mais aussi la mortalité maternelle, et notamment celle qui peut être liée, à plus ou moins brève échéance, au VIH/sida. Il est en outre nécessaire d'accompagner les femmes dans leur famille pour obtenir de cette dernière son adhésion et son inscription dans les programmes.

Enfin, il est nécessaire de réfléchir sur les conditions pratiques de mises en œuvre des programmes afin d'en améliorer l'efficacité, notamment en évitant les déperditions successives. Ainsi, la question des coûts des traitements pour le patient mais aussi des transports et des consultations devra être abordée, de même que celle de l'interaction entre personnels soignants et patients afin de proposer un changement réaliste mais déterminant de ces programmes.

3 LES RECOMMANDATIONS DU CONSEIL NATIONAL DU SIDA

Le Conseil national du sida considère que si l'introduction des protocoles simplifiés de prévention de la transmission de la mère à l'enfant a constitué une étape importante dans la prise de conscience des enjeux de la lutte contre le sida, elle ne paraît cependant plus suffisante aujourd'hui. En effet, compte tenu des initiatives actuelles en faveur d'un accès global aux traitements, il est désormais requis de faire bénéficier les mères de ces traitements lorsque cela s'avère nécessaire pour elles. D'autre part, l'évolution des connaissances en matière d'efficacité et d'effets secondaires des médicaments conduit aujourd'hui à faire de nouvelles recommandations en la matière.

Dans ce contexte le CNS rappelle que le respect des droits des personnes est un élément déterminant du succès des programmes de lutte contre le VIH/sida. En ce sens, la conception de la prévention qui sous-tend la mise en œuvre des programmes actuels de réduction de la transmission de la mère à l'enfant doit être redéfinie, afin que les femmes enceintes vivant avec le VIH soient considérées comme des personnes dont la situation nécessite une prise en charge globale, et pas seulement comme de futures mères potentiellement contaminantes. La grossesse doit donc être un des moments privilégiés d'accès à des soins ayant pour objectif la diminution à la fois de la mortalité infantile et de la mortalité maternelle.

Par conséquent, le Conseil national du sida préconise la mise sous multithérapies efficaces, à visée prophylactique, des femmes enceintes : c'est en effet ainsi que l'on obtient la réduction la plus forte du taux de transmission et que l'on préserve au mieux l'efficacité des traitements ultérieurs de la mère et de l'enfant. Il préconise aussi leur inclusion dans des programmes d'accès global aux antirétroviraux. Il estime en effet que l'inscription des programmes de prise en charge des femmes enceintes dans des programmes d'accès global aux ARV aura des conséquences bénéfiques, aussi bien en termes de prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant que de prise en charge des femmes vivant avec le VIH. Il rappelle qu'il est nécessaire de lier l'incitation au dépistage à un bénéfice direct pour la personne. Dans ces conditions, la mise à disposition de traitements devrait augmenter significativement le nombre de femmes bénéficiant d'une prise en charge thérapeutique maintenue dans la durée.

Il considère que les traitements doivent être proposés à la femme enceinte, mais aussi au père et éventuellement à d'autres membres de la famille dans le cadre d'une prise en charge globale. De plus, les modalités de l'allaitement doivent être davantage prises en compte dans le cadre de ces programmes.

Par ailleurs, le Conseil national du sida se préoccupe du développement de résistances que peut induire un traitement de puissance insuffisante, à la fois chez la mère et chez l'enfant contaminés. Ces résistances obèrent l'efficacité des traitements ultérieurs. Il estime qu'il est devenu inacceptable, vu l'évolution des connaissances, de faire courir ce risque aux femmes enceintes et aux enfants contaminés, alors que s'ouvre désormais la perspective d'un accès ultérieur de ces personnes à des traitements antirétroviraux efficaces.

Le CNS préconise en conséquence une révision des protocoles actuellement recommandés dans les pays du Sud ainsi que le développement de stratégies thérapeutiques efficaces et adaptées aux situations spécifiques de ces pays.

Le Conseil national du sida est toutefois conscient des difficultés concrètes de réalisation auxquelles se heurtent les différents intervenants sur le terrain, et des nécessités d'encadrement des mesures qu'il préconise, notamment par des programmes de formation et de supervision des personnels de santé. Il est donc devenu indispensable que tous les programmes de coopération

internationale pour l'accès aux antirétroviraux consacrent un effort accru à l'amélioration des conditions pratiques de leur mise en œuvre.

LISTE DES PERSONNALITÉS AUDITIONNÉES

Le Conseil national du sida remercie les personnes ayant bien voulu être auditionnées par la commission "International" :

- madame le docteur Alice Desclaux, laboratoire d'Ecologie humaine et d'anthropologie, Université d'Aix-Marseille III, Aix en Provence ;
- madame le docteur Isabelle De Vincenzi, Organisation mondiale de la santé (OMS), Genève ;
- madame le docteur Catherine Dollfus, praticien hospitalier, Service d'hématologie/oncologie, Hôpital Trousseau, Paris ;
- madame le docteur Marie-Josée Mbuzenakamwe, coordinatrice du centre Tuhiro de l'Association nationale de soutien aux séropositifs et sidéens (ANSS), Burundi ;
- madame le professeur Christine Rouzioux, responsable du secteur virologie, Hôpital Necker-enfants malades, Paris ;
- monsieur le docteur Jean-François Chambon, secrétaire général de la Fondation GlaxoSmithKline France ;
- monsieur le professeur François Dabis, Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement, Université Victor Ségalen, Bordeaux ;
- monsieur le docteur Marc Lallemand, directeur de recherche, Institut de recherche pour le développement (IRD), Perinatal HIV Prevention Trial, Thaïlande ;
- monsieur le docteur Jean-Elie Malkin, responsable de la veille médicale et scientifique, Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau (ESTHER), Paris ;
- monsieur le professeur Philippe Van De Perre, chef du laboratoire de bactériologie et de virologie, CHRU Arnaud de Villeneuve, Montpellier.