

VIH et allaitement : les nouvelles recommandations

Laurent Mandelbrot

Service de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital Louis Mourier, Colombes

Université de Paris

laurent.mandelbrot@aphp.fr



Déclaration d'intérêts

- **Aucun conflit d'intérêts**

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3518878/fr/grossesse-et-vih-desir-d-enfant-soins-de-la-femme-enceinte-et-prevention-de-la-tra...
Importer les favoris | dispose | Insermbiblio | Générateur de co... | Comment écouter... | Soundiiz - Transfe...

Professionnels | Établissements et services | Usagers | Industriels | La HAS | Presse | FR | Accessibilité

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ | Toutes nos publications | Sécurité du patient | Organisation des soins | Évaluation des actes professionnels | Actualités

Ex : diabète, antalgique, alzheimer, prothèse de hanche, ... | Dans tout le site | RECHERCHE AVANCÉE

Professionnels > Toutes nos publications > Grossesse et VIH : désir d'enfant, soins de la femme enceinte et prévention de la transmission mère-enfant

Date de validation : | Documents : 4 | TÉLÉCHARGER LA SYNTHÈSE

ÉCOUTER | AJOUTER À MA SÉLECTION

Quels sont les objectifs de cette recommandation ?

Grossesse et VIH : désir d'enfant, soins de la femme enceinte et prévention de la transmission mère-enfant
RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE - LABEL - Mis en ligne le 31 mai 2024

HAS HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ | anrs MALADIES INFECTIEUSES ÉMERGENTES Inserm | CNS CONSEIL NATIONAL DU SIDA

Haute Autorité de Santé - Grossesse et VIH : désir d'enfant, soins de la femme enceinte et prévention de la transmission mère-enfant (has-sante.fr)

 HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	 MALADIES INFECTIEUSES EMERGENTES Inserm	 Conseil national du sida et des hépatites virales
RECOMMANDER LES BONNES PRATIQUES		
RECOMMANDATION	Grossesse et VIH : désir d'enfant, soins de la femme enceinte et prévention de la transmission mère- enfant	
Validé par le Collège le 25 avril 2024		

Groupe de travail

- ARVIEUX Cédric
- BOTTERO Julie, Rédactrice
- BRUNET Cécile
- DOLLFUS Catherine
- FAYE Albert
- MATHERON Sophie
- POLLARD Hélène
- SIBIUDE Jeanne
- SINON Aminata
- SOLAS Caroline
- SOMMERLATTE Eva
- TROCME Nadine
- TUBIANA Roland

Coordination MANDELBROT Laurent

+ Auditions d'experts, relectures

Rapport 2024 sous la direction du Pr Pierre Delobel



Nouvelles recommandations françaises 2024 sur l'allaitement avec le VIH

Allaitement maternel envisageable si « scénario optimal »:

succès virologique > 6 mois pendant la grossesse

+ nevirapine chez le bébé

+ surveillance pendant toute la durée de l'allaitement

Allaitement artificiel dans les autres cas

notamment charge virale non contrôlée

**Anciennes recommandations françaises (rapport Morlat 2017) :
allaitement maternel contre-indiqué**



Contexte actuel français : traitements antirétroviraux pour toutes les femmes vivant avec le VIH



U = U

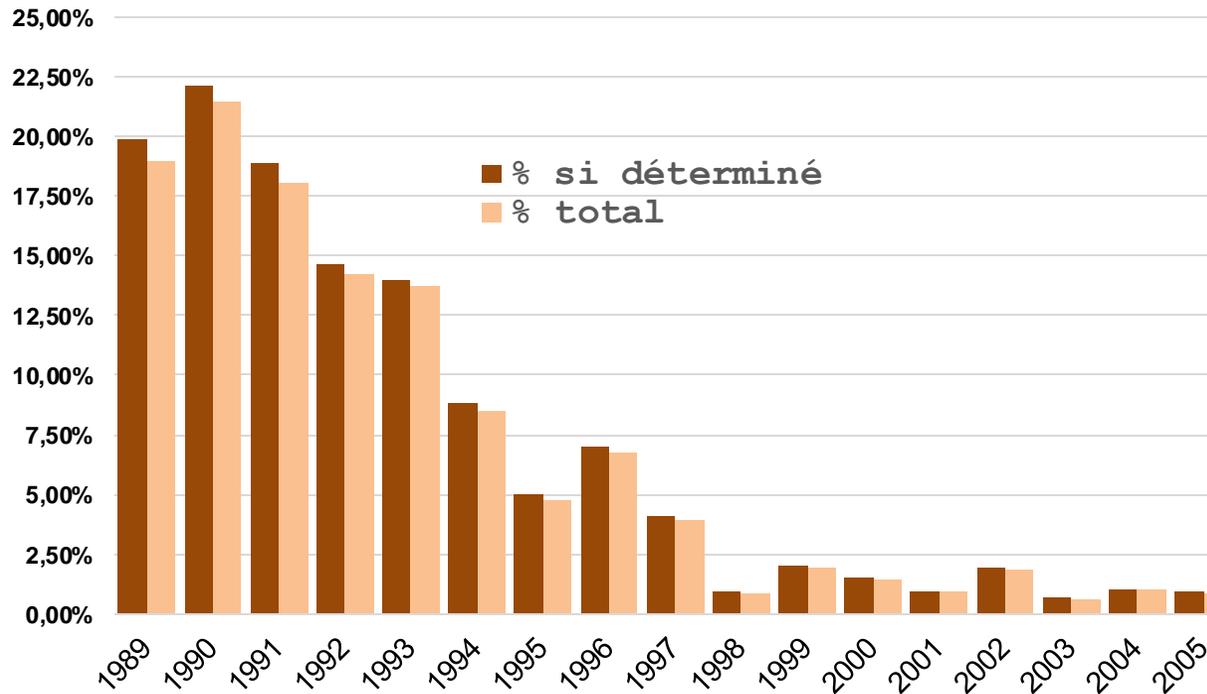
**Indétectable =
intransmissible**

3 objectifs (niveaux de preuve 1 Grade A):

- **Préserver la santé à long terme de la femme**
- **Supprimer la transmission dans le couple, TasP**
- **Supprimer la transmission mère-enfant**

Enquête Périnatale Française ANRS-MIE

Evolution de la transmission mère-enfant du VIH-1



ARV avant la conception + succès virologique à l'accouchement, sans allaitement : **transmission 0 / 5482**

Viral load near delivery (cp/mL)	All time periods N=6316	
	Perinatal transmission rate	
	% (95% CI)	n/N
< 50	0.00 (0.00 - 0.07)	(0/5247)
< lower limit of quantification	0.00 (0.00 - 1.56)	(0/235)
50 - 399	0.20 (0.01 - 1.10)	(1 / 504)
>= 400	2.42 (1.05 - 4.72)	(8 / 330)



Quelles sont les recommandations dans d'autres pays ?

- OMS 2010 (Option B+) : allaitement maternel exclusif, TAR mère, PEP bébé 6 sem
- Suisse 2019 : allaitement autorisé si TAR mère en succès viro, pas de PEP bébé
- BHIV 2019 : déconseillé mais accompagner si la mère le décide (TAR mère)
- US Aidsinfo 2022 : déconseillé mais accompagner si la mère le décide (TAR mère)

Recommandations de l'OMS : en faveur de l'allaitement des femmes vivant avec le VIH (dans les pays à faibles ressources)



- OMS 2010 (Option B+) : allaitement maternel exclusif, traitement ARV mère, PPE bébé 6 semaines
 - Impact dans la « vraie vie » : En Afrique du Sud la majorité des cas de transmission mère-enfant sont pendant l'allaitement car réduction de la transmission moins grande que pendant la grossesse
- mars 2021 : surveiller la charge virale plasmatique maternelle et administrer une prophylaxie antirétrovirale au nourrisson en cas de charge virale maternelle détectable, ceci jusqu'à l'indétectabilité

Allaitement : U=U ??

- **Etudes dans les pays du Nord**

- Très petites séries (au total n=162) (*Crisinel PA, EJOG 2023, Levinson, et al. CID 2021, Prestileo T. 2022, Bansaccal N, 2020, Weiss F, et al. 2022*)
- Angleterre : 96 cas, suivi incomplet. Dans un quart des cas, les mères n'ont pas respecté le suivi préconisé. Durée d'allaitement variable, moyenne 56 jours, 6% d'échecs viro (*Kate Francis, Glasgow 2022*)
- Pas de transmission décrite en succès virologique mais suivi très incomplet à ce jour

- **Etudes africaines :**

- Rares cas décrits de transmission sous traitement antirétroviral actif avec CV plasmatique maternelle indétectable (4 cas/*Flynn, P et al. JAIDS 2021, Giuliano PloS One 2013, Malaba Lancet HIV 2022*)

Allaitement « protégé » : étude Promise-PrEP



Optimised prevention of postnatal HIV transmission in Zambia and Burkina Faso (PROMISE-EPI): a phase 3, open-label, randomised controlled trial

Chipepo Kankasa*, Anaïs Mennecier*, Beninwendé L D Sakana, Jean-Pierre Molès, Mwiya Mwiya, Catherine Chunda-Liyoka, Morgana D'Ottavi, Souleymane Tassembedo, Maria M Wilfred-Tonga, Paulin Fao, David Rutagwera, Beauty Matoka, Dramane Kania, Ousmane A Taofiki, Thorkild Tylleskär, Philippe Van de Perre†, Nicolas Nagot†, the PROMISE-EPI Trial Group‡

Summary

Lancet 2024; 403: 1362-71
Published Online
March 11, 2024
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02464-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02464-9)

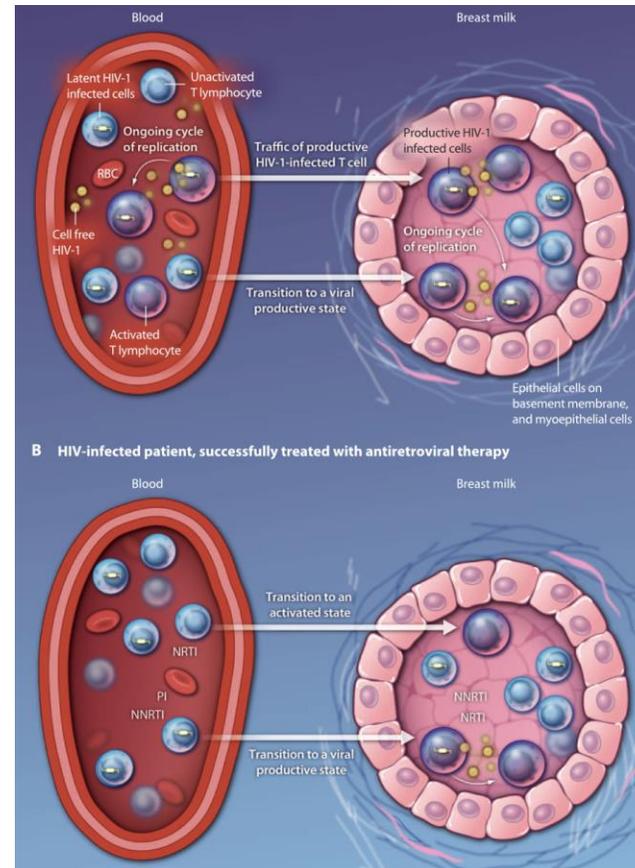
Background Transmission through breastfeeding accounts for more than half of the unacceptably high number of new paediatric HIV infections worldwide. We hypothesised that, in addition to maternal antiretroviral therapy (ART), extended postnatal prophylaxis with lamivudine, guided by point-of-care assays for maternal viral load, could reduce postnatal transmission.

- Mères sous ARV pendant la grossesse et pendant l'allaitement (à vie)
- Charge virale (Xpert HIV) à 6 semaines postnatal
- Intervention : LAM sirop si $CV \geq 1000$ c/ml / Groupe témoin suivi usuel
- 1480 mères sous ARV, dont 11.5% $CV \geq 1000$ copies/mL.
- Transmission postnatale = 7/1225 (1 dans le groupe intervention vs 6 dans le groupe témoin)
- incidence 0.19 vs 1.16 pour 100 années-personnes (95% CI 0.005–1.04)
- **Aucun cas de transmission avec CV maternelle < seuil**
- Réduction du risque de transmission en cas de CV maternelle > 1000 copies/mL par une prophylaxie chez le nourrisson (lamivudine)

Allaitement et VIH en condition de succès virologique : questions scientifiques

- Risque de transmission par virus ou cellules infectées (ingestion lait jusqu'à 1 litre/jour)
- Présence de VIH (ADN cellulaire, ARN libre) dans le lait ?
- Reste-t-il des facteurs de risque de transmission en succès virologique ?
- Pharmacocinétique dans le lait et exposition du nourrisson aux ARV maternels ?
- Faut-il une PrEP chez le bébé en plus de la TASP ?
- Perspectives d'immunoprophylaxie, de traitement injectable à la naissance ?

Possible persistence sous traitement antirétroviral d'un réservoir de cellules CD4+ infectées par le VIH



Perspectives de recherche



Eliminating postnatal HIV transmission in high incidence areas: need for complementary biomedical interventions

Philippe Van de Perre*, Ameena Goga*, Nobubelo Ngandu, Nicolas Nagot, Dhayendre Moodley, Rachel King, Jean-Pierre Molès, Beatriz Mosqueira, Witness Chirinda, Gabriella Scarlatti, Thorkild Tylleskär, François Dabis†, Glenda Gray†

Lancet 2021; 397: 1316–24 The rate of mother-to-child transmission (MTCT) of HIV from breastfeeding is increasing relative to other causes

1. Facteurs liés aux soins
2. Prise en ou contrôle virologique charge tardif
3. Transmission du VIH par l'allaitement malgré une charge virale indétectable
4. Virologie : VIH associé aux cellules dans le lait maternel, même avec charge virale plasmatique indétectable
5. Intérêt de l'immunoprophylaxie : anticorps neutralisants

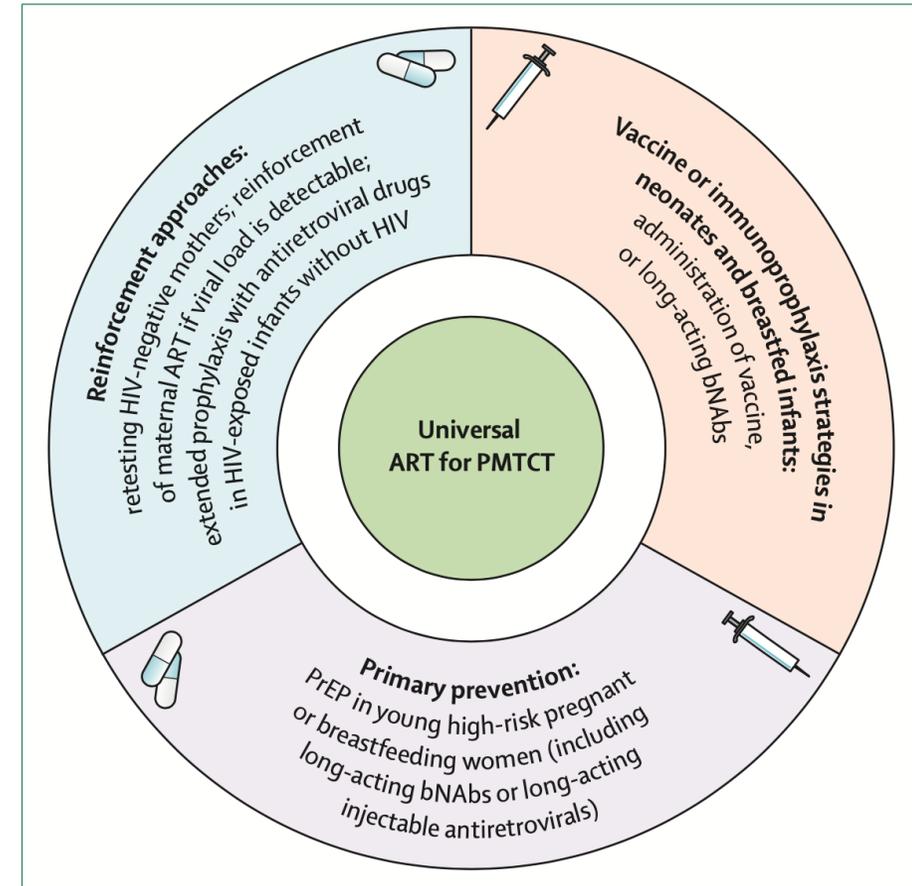
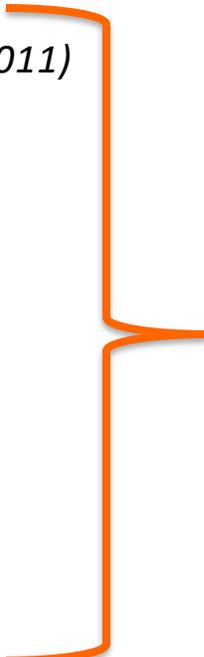


Figure 2: Combining strategies for preventing HIV transmission from breastfeeding in high HIV prevalence and incidence settings
ART=antiretroviral therapy. bNAbs=broadly neutralising antibodies. PMTCT=strategies to prevent mother-to-child transmission of HIV. PrEP=pre-exposure prophylaxis.

Facteurs de risque de transmission postnatale : pertinence en succès virologique ??

- **Charge virale plasmatique, observance++**
- **Charge virale dans le lait** (*Rousseau et al JID 2003, Neveu et al CID 2011*)
- **Lésions du mamelon** (*Embree AIDS 2000*)
- **Mastites** (*Embree AIDS 2000*)
- **Candidose buccale chez l'enfant** (*Embree AIDS 2000*)
- **Allaitement mixte** (*Coovadia H et al. Lancet 2007*)
- **Ingestion de solides** (*Bequet et al PLoSOne 2010*)



Étudié en l'absence de contrôle viro

Faut-il une prophylaxie systématique chez le nourrisson ?

Prophylaxie pré-exposition (PrEP) / prophylaxie post-exposition (PPE)

Antirétroviraux bien étudiés chez le NN et nourrisson : zidovudine, nevirapine, lamivudine, lopinavir/ritonavir

Bonne tolérance de la nevirapine prolongée chez le nourrisson :

Essai PROMISE : pas de différence entre traitement maternel vs prophylaxie prolongée par NVP sur la croissance postnatale ou la densité minérale osseuse

Stranix-Chibanda et al. Effect on growth of exposure to maternal antiretroviral therapy in breastmilk versus extended infant nevirapine prophylaxis among HIV-exposed perinatally uninfected infants in the PROMISE randomized trial. PlosOne 2021

Bonne tolérance de la lamivudine prolongée chez le nourrisson :

Kankasa et al. Optimised prevention of postnatal HIV transmission in Zambia and Burkina Faso (PROMISE-EPI). Lancet 2024

Passage des ARV maternels chez le nourrisson

Dépend de l'excrétion dans le lait et de l'absorption digestive

- INTI :
 - passage élevé de ZDV, 3TC
 - faible pour tenofovir (TDF ou TAF), pas d'exposition de l'enfant
- INNTI :
 - passage élevé de EFV, NVP et rilpivirine
- IP et ritonavir :
 - faible passage
- INSTI :
 - très faible pour DTG et BIC
 - élevé pour RAL (concentrations thérapeutiques dans le lait (lié à une moins forte liaison protéique))
- Mais certaines molécules qui passent assez bien dans le lait n'entraînent pas de concentrations plasmatiques significatives chez l'enfant allaité : AZT, FTC, EFV, RAL



Quelles sont les conditions requises pour envisager l'allaitement au sein par une mère vivant avec le VIH ?

Les conditions optimales pour l'allaitement maternel sont (Grade B) :

- **Traitement ARV débuté avant la conception ou au 1^{er} trimestre de grossesse**
- **Historique de suivi régulier, d'observance optimale au traitement ARV et aux visites**
- **Charge virale maternelle <50 copies/mL de façon stable mensuellement à partir de la fin du 1^{er} trimestre de la grossesse, soit 6 mois de contrôle virologique**
- **Engagement de suivi renforcé pendant toute la durée de l'allaitement au sein**
- **Capacité de l'équipe de réaliser l'accompagnement de la mère et de l'enfant**



Comment accompagner les mères vivant avec le VIH pour le choix des modalités d'allaitement (AE) ?

- Le sujet de l'allaitement doit être **abordé systématiquement** et précocement en consultation de grossesse il s'agit d'une **décision partagée**
- Il est conseillé **d'impliquer le co-parent** de l'enfant dans la discussion. Lorsque la patiente fait le choix du secret sur son statut virologique, le choix de l'allaitement ne modifie pas l'approche de l'équipe
- Il est recommandé de tracer la décision au cours d'une **RCP** autour de 36 SA

Fiches patientes intégrées dans les recommandations

Q14/ Pour allaiter mon enfant, quelles sont les conditions à remplir ?

Vous ne pourrez allaiter votre enfant que si toutes les conditions suivantes sont réunies :

- Votre charge virale est indétectable et de façon prolongée au cours de votre grossesse et au moment de l'accouchement.
- Vous prenez très régulièrement votre traitement antirétroviral et vous le supportez bien.
- Votre décision d'allaiter au sein est votre choix, validé avec les équipes pluridisciplinaires qui vous suivent pendant votre grossesse.
- Vous vous êtes engagée à avoir un suivi médical et des contrôles réguliers de charge virale pour vous-même et votre bébé, durant toute la durée de l'allaitement au sein et jusqu'à 3 mois après son arrêt. Vous vous êtes engagée à arrêter l'allaitement au sein en cas de remontée de votre charge virale.

Mais vous ne devrez pas allaiter votre enfant :

- Si vous ne remplissez pas toutes les conditions listées précédemment.
- Si le fait d'allaiter votre enfant vous apporte trop d'interrogations et d'inquiétudes.
- Si vous pensez que vous ne rencontrerez pas l'environnement qui vous permettra d'allaiter sereinement votre enfant.



Comment accompagner les mères vivant avec le VIH en cas d'allaitement au sein (AE) ?

- **Proposer à la mère d'utiliser le document d'information auprès de professionnels qu'elle ou l'enfant seraient amenés à consulter**
- **Mettre en place un protocole de suivi (modèle à adapter dans chaque centre)**
- **Remettre à la mère avant sa sortie de maternité toutes les prescriptions et consignes pour le suivi pendant l'allaitement**



Comment accompagner les mères vivant avec le VIH pour le choix des modalités d'allaitement (AE) ?

- L'allaitement au sein est **fortement déconseillé lorsque les conditions maternelles ne sont pas optimales** :
 - début du traitement tardif après le premier trimestre,
 - charge virale non contrôlée,
 - pathologie psychiatrique susceptible de compromettre la bonne compréhension et/ou la bonne application du suivi médical au cours de l'allaitement ou de difficultés de suivi
- En pratique, l'équipe médicale peut se retrouver dans la nécessité de définir une approche de réduction de risques individualisée si la mère décide d'allaiter au sein contre l'avis médical



Prescriptions et consignes à remettre à la mère avant sa sortie de maternité

- **prescription de charge virale plasmatique mensuelle pendant la durée de l’allaitement maternel, avec les coordonnées de l’infectiologue et du pédiatre auxquels les résultats sont à envoyer**
- **précision du lieu (à l’hôpital ou en laboratoire de ville) où faire prélever les charges virales maternelles**
- **document d’information comprenant les conseils en cas de complications (qui pourra servir aussi auprès de professionnels qu’elle ou l’enfant seraient amenés à consulter)**
- **prescription de tire-lait, de biberons, et lait de substitution en cas de nécessité de suspendre l’allaitement**
- **coordonnées (téléphone, mail) des équipes de pédiatrie, maternité et médecine, pouvant être consultées**
- **coordonnées de personnes ressources (consultant en lactation, sage-femme ou puéricultrice, associations) travaillant en lien avec l’équipe VIH périnatale**
- **rendez-vous de suivi pour la mère et rendez-vous pour l’enfant (en évitant de faire mention du VIH sur ces documents afin qu’ils puissent être glissés dans le carnet de santé de l’enfant)**
- **Vérifier et actualiser tous les moyens de contact de la mère : téléphone, courriel, adresse**



8.5.3. Un traitement prophylactique est-il indiqué chez le nourrisson en cas d'allaitement au sein (AE)?

- **Il est proposé de poursuivre la prophylaxie ARV du nourrisson de mère vivant avec le VIH-1, dans la suite de la prophylaxie néonatale usuelle, pendant toute la durée de l'allaitement et jusqu'à 15 jours après son arrêt définitif**
- Cette décision doit être discutée en RCP et partagée avec la mère, et si possible le père/co-parent. Elle peut être ré-évaluée au cours de l'allaitement



8.5.9. Quelles sont les modalités de suivi du nourrisson en cas d'allaitement au sein (AE) ?

- **suivi renforcé avec PCR VIH (ARN plasmatique et ADN) de l'enfant à M1, M3, M6, puis tous les 3 mois tant que dure l'allaitement et jusqu'à 3 mois après le sevrage complet**
- **Le groupe d'experts recommande un recueil dans une cohorte des données de suivi des mères et des enfants jusqu'à 3 mois après le sevrage complet**



Observatoire national du suivi de l'allaitement maternel au sein chez les mères vivant avec le VIH en France

Financement : ANRS MIE

Investigateur coordonnateur: Pr Laurent MANDELBROT

Coordination méthodologique: Centre de Méthodologie et de Gestion de Bichat

Objectifs :

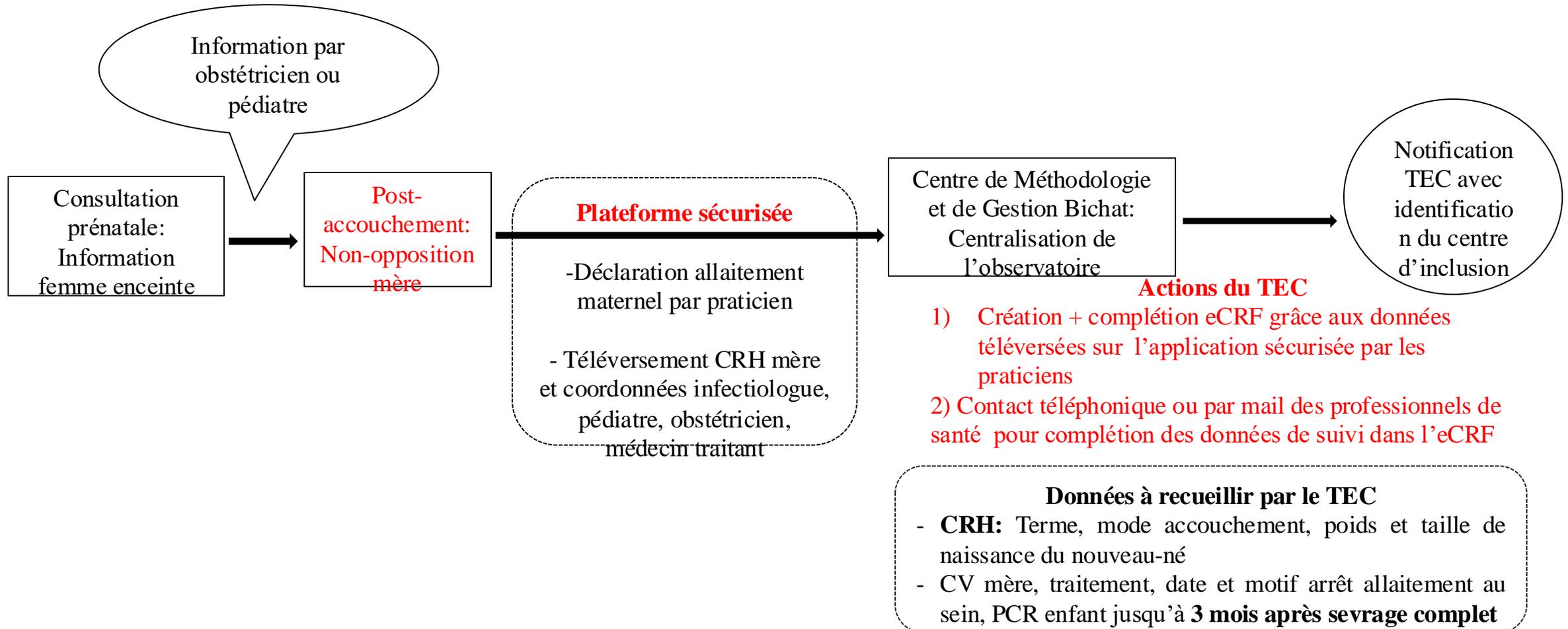
- détecter d'éventuelles transmissions post-natales mère-enfant
- conforter la sécurité de l'allaitement dans des conditions optimales
- suivre le nombre de cas d'allaitement maternel et les caractéristiques maternelles et virologiques

Population : Toute mère vivant avec le VIH en France métropolitaine et DROM pratiquant l'allaitement

Critère de non-inclusion : Opposition de la mère

LACTAVIIH: Méthodologie

Observatoire national basé sur données de soins courants
Recueil exhaustif des cas d'allaitement par des FVVIH en France



A retenir : suivi pendant l'allaitement pour la mère et le bébé

1. Suivi avant et pendant la grossesse, décision partagée, RCP tracée

2. Sortie de maternité :

- Note d'information et conseils
- Equipes de pédiatrie, maternité et médecine, consultante en lactation, joignables
- Transmission aux acteurs de ville (sans noter dans le carnet de santé de l'enfant)
- Prescription de tire-lait, biberons et lait de substitution si besoin

3. Suivi virologique de l'enfant :

- Naissance, M1 M3 M6, tous les 3 mois jusqu'à 3 mois après le sevrage

4. Suivi de la mère :

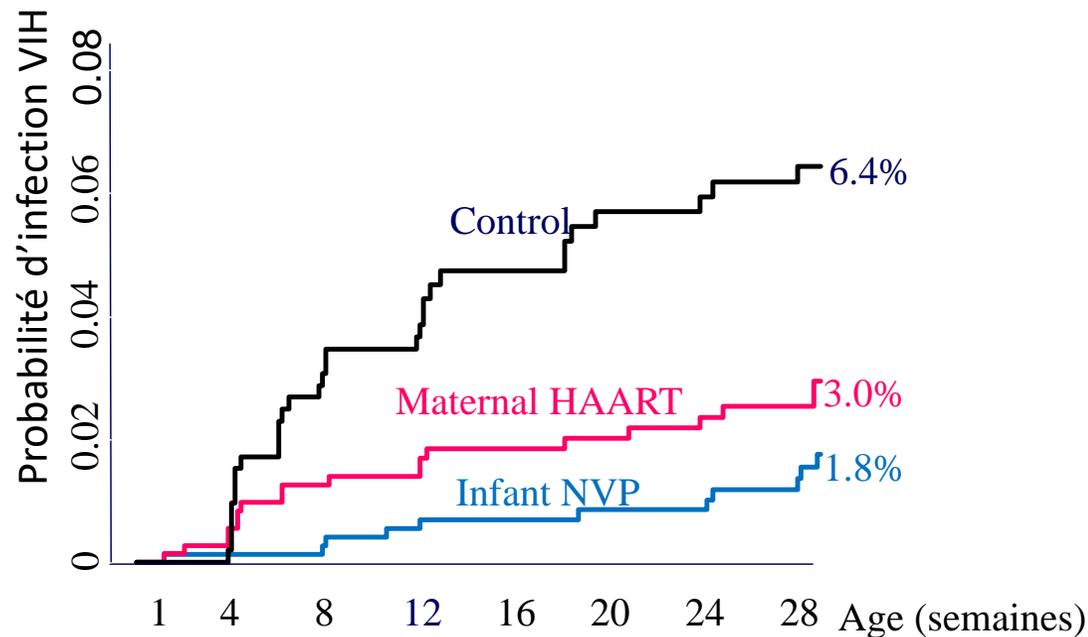
- Charge virale plasmatique mensuelle : préciser où et qui la récupère (infectiologue + pédiatre)
- Visite postnatale avec l'obstétricien, consultations d'infectiologue

En pratique : comment accompagner l'allaitement chez une femme en succès virologique ?

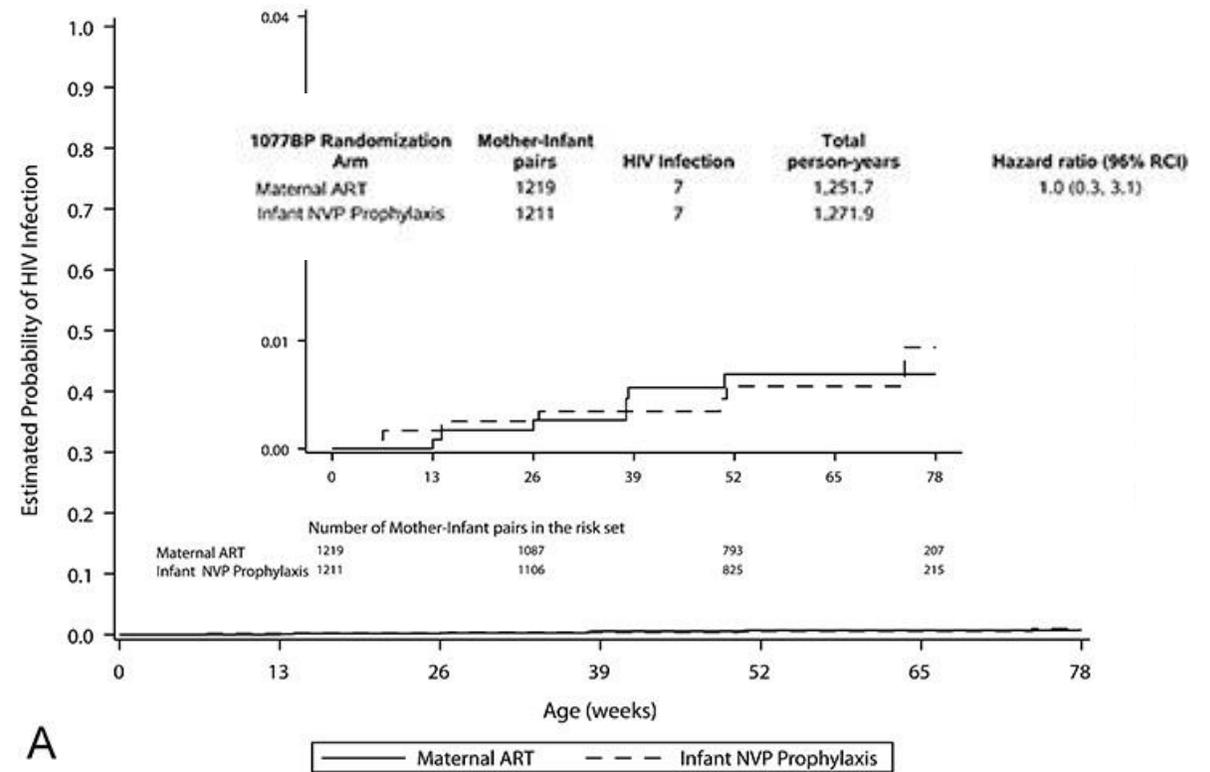
- Quelle information sur le risque ?
- Place du co-parent ?
- Conditions de durée de succès virologique ?
- Quelle surveillance de la charge virale ?
- Sevrage précoce ?
- Mastite, candidose, crevasses : qu'est-ce qui est à risque ?
- L'allaitement non exclusif est-il encore un facteur de risque ?
- Peut-on rechercher la charge virale dans le lait ?

Alors, TASP chez la mère, PrEP chez le bébé, ou les deux ?

Transmission par l'allaitement sous traitement antiretroviral maternel vs. prophylaxie nevirapine chez l'enfant



BAN. Chasela et al. NEJM 2010



A

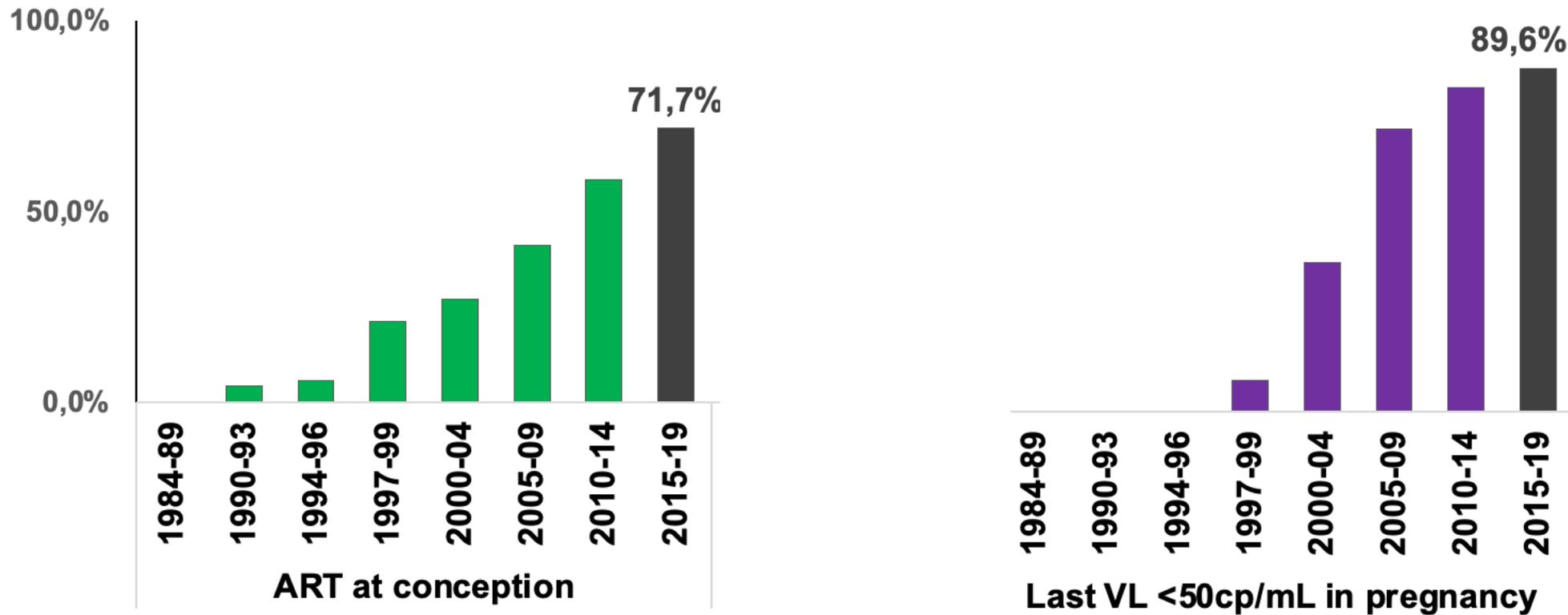
PROMISE, Flynn, et al. JAIDS 2018

Questions d'actualité

- **Scientifiques** : en conditions de succès virologique
 - Risque de transmission liée au provirus ADN cellulaire vs ARN libre ?
 - Quels sont les facteurs de risque de transmission ?
 - Faut-il une PrEP chez le bébé en plus de la TASP ?
- **Pratiques**
 - Comment informer ? Décision partagée
 - Comment accompagner et suivre ?
 - Que faire si une femme allaite en échec virologique ?

Quelle proportion en « scénario optimal » en France ?

données (EPF, ANRS-MIE) **anrs**
MALADIES INFECTIEUSES
EMERGENTES Inserm



Traitement infertilité 5%

8.5.8. Quelles sont les modalités de suivi de la mère en cas d'allaitement au sein (AE) ?

- **contrôles mensuels de la charge virale maternelle pendant la durée de l'allaitement. Il n'est pas recommandé de mesurer la charge virale dans le lait maternel**
- **Une visite postnatale avec l'obstétricien est recommandée 1 mois ½ à 2 mois après l'accouchement, conformément au suivi usuel**
- **Une consultation avec l'infectiologue est recommandée à 1 mois en cas d'allaitement puis au minimum tous les 3 mois pendant l'allaitement**
- **Il est nécessaire d'évaluer la sécurité de l'allaitement au sein en contexte de VIH, ce qui est prévu dans un observatoire national (LACTAVIH), et/ou par l'inclusion dans la cohorte nationale VIROPREG.**

Comment organiser le suivi pour la mère et pour le bébé ?

- 1. Suivi avant et pendant la grossesse, RCP tracée**
- 2. Sortie de maternité :**
 - Note d'information et conseils
 - Equipes de pédiatrie, maternité et médecine, joignables
 - Consultante en lactation, sage-femme ou puéricultrice
 - Transmission aux acteurs sans noter dans le carnet de santé de l'enfant
 - Prescription de tire-lait, biberons et lait de substitution si besoin
- 3. Suivi virologique de l'enfant :**
 - Naissance, M1 M3 M6, tous les 3 mois jusqu'à 3 mois après le sevrage
- 4. Suivi de la mère :**
 - Charge virale plasmatique mensuelle : où ? qui la récupère ? (infectiologue et pédiatre)
 - Visite postnatale avec l'obstétricien, consultations rapprochées avec l'infectiologue

Il y a peu de contre-indications à l'allaitement

Mère : VIH, HTLV, CMV en cas de prématurité

Enfant : Galactosémie

CI temporaires :

- Ebola, Brucellose, lésions herpès mammaire
- Prise de certaines substances psychoactives (PCP, cocaïne)
- Certaines prises médicamenteuses

Ne sont pas des CI : hépatites B ou C, COVID-19, mastite,...

En Afrique du Sud : la majorité des transmissions mère-enfant ont lieu pendant l'allaitement

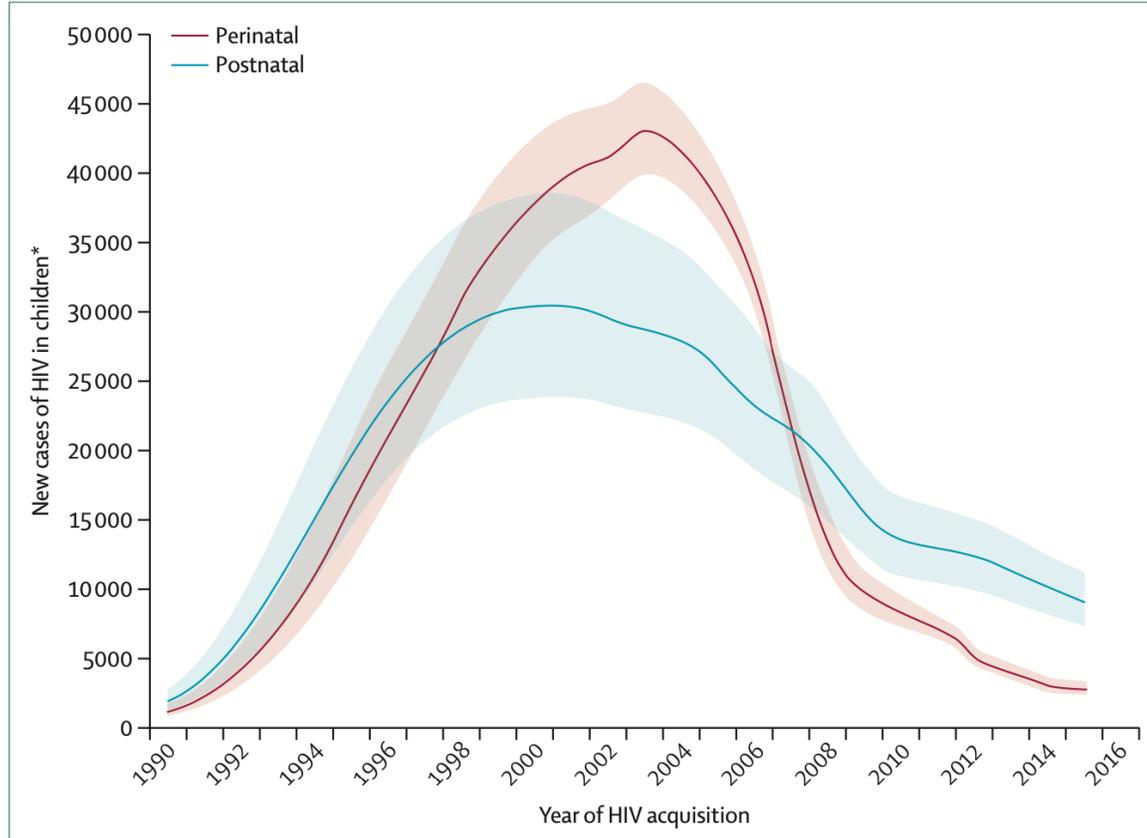


Figure 1: Relative contribution of breastfeeding to perinatal mother-to-child transmission of HIV in South Africa
The number of new diagnoses for HIV in children each year recorded during the perinatal and postnatal periods in South African paediatric data sources. Shaded areas represent 95% CI. Data are from the University of Cape Town's Thembisa model (version 4.1).⁵ *Data recorded until the end of breastfeeding. *Van de Perre. Lancet 2021*

- **Transmission sous traitement antirétroviral actif dans la « vraie vie », Afrique du Sud :**
- diminution de la transmission mère-enfant pendant l'allaitement moins grande que pendant la grossesse



Les Dispositifs Spécifiques Régionaux en Périnatalité
d'Ile de France vous invitent au webinaire

ALLAITEMENT ET VIH ACCOMPAGNER LES MÈRES



Intervenants

Professeur Laurent Mandelbrot,
PU-PH, gynécologue-obstétricien, AP-HP Hôpital Louis Mourier, Colombes - pilote du groupe
Grossesse et VIH (HAS)
Mme Eva Sommerlatte,
Directrice de l'association Comité des familles - membre du groupe Grossesse et VIH (HAS)

Programme

- Présentation des recommandations du rapport HAS "Grossesse et VIH"
- Session de questions-réponses avec les experts



VENDREDI
06 SEPTEMBRE
12H00-13H00

INSCRIPTION

Les enjeux de l'accompagnement des personnes vivant avec le VIH qui souhaitent allaiter en France

Le Comité des Familles – Eva SOMMERLATTE, directrice





- **Contexte**
- **Alimentation du bébé – Situations de femmes accompagnées au Comité des Familles ou dont nous avons eu connaissance**
- **Constats des associations**
- **Préconisations**



Le contexte

- **1500** femmes vivant avec le VIH accouchent chaque année en France, dont **500** patientes apprennent leur sérologie VIH en cours de grossesse.
- Une majorité d'entre elles sont **originaires d'Afrique sub-saharienne** et une grande partie sont en situation de **précarité avec des parcours migratoires compliqués voir traumatiques**. Parmi elles, certaines allaitent au sein mais aucune donnée a été récoltée sur elles en France.
- Dans un scénario optimal, il n'y a pas eu de TME depuis plusieurs années en France.



Le contexte

- **Depuis 2016, les recommandations de l'OMS** sur l'allaitement dans le cadre du VIH préconisent l'allaitement pendant au moins 12 mois et jusqu'à 24 mois et plus si la mère est sous antirétroviraux avec une CV contrôlée.
- **En France, les dernières recommandations de mai 2024 rendent l'allaitement au sein par une mère vivant avec le VIH possible si :**
 - Traitement ARV débuté avant la conception ou au 1er trimestre de grossesse
 - Historique de suivi régulier, d'observance optimale au traitement ARV et aux visites
 - CV maternelle <50 copies/mL avec au moins 6 mois de contrôle virologique
 - Engagement de suivi renforcé pendant toute la durée de l'allaitement au sein
 - Capacité de l'équipe de réaliser l'accompagnement de la mère et de l'enfant.



Les missions du Comité des Familles

Pôle Accompagnement

Programme ETP

Aider les personnes concernées à vivre au mieux avec le VIH : santé physique, psychique, sociale, affective et sexuelle.

Pôle Qualité de Vie

Se rencontrer pour partager son expérience et passer un bon moment ensemble : repas de l'amitié, groupes de parole, cours de yoga, soirées seromantiques...

Grandes Soeurs

Programme d'accompagnement par les pairs qui s'adresse aux femmes séropositives enceintes ou ayant un désir d'enfant, et à leur partenaire.

Pôle Prévention

Madeleine

Témoigner de la vie avec le VIH devant les jeunes et les personnes migrantes pour sensibiliser au dépistage, prévenir les infections et lutter contre les discriminations et idées reçues.

Trods VIH/VHC/VHB

Autotests VIH

Pôle Médias

Emission de radio



Emission hebdo d'1H pour parler de VIH et de santé sexuelle. 16 radios locales diffusent le programme à travers la France + Spotify + Apple Podcasts.

Site internet

Les enjeux de l'accompagnement de l'allaitement en France : le point de vue d'associations.

Eva Sommerlatte, directrice du Comité des Familles



Alimentation du bébé – Situations de femmes accompagnées au CDF ou dont nous avons eu connaissance

Quel vécu (1/2)

- Une majorité des FVVIH n'allaitent pas au sein et donnent le biberon. Beaucoup vont dans des associations pour obtenir des dons de couches et de lait maternisé.
- Des témoignages nous ont fait comprendre qu'un certain nombre se débrouillent comme elles peuvent. Elles donnent parfois le sein, parfois du lait maternisé. Par ex. elles allaitent en présence de l'entourage (conjoint, famille, amis) et donnent le biberon en présence de l'équipe médicale et/ou le reste du temps.
- Un petit nombre de FVVIH donnent le sein pendant les premiers mois, certaines arrêtent à la diversification. Rares sont celles qui maintiennent un allaitement long.



Alimentation du bébé – Situations de femmes accompagnées au CDF ou dont nous avons eu connaissance

Quel vécu (2/2)

- La plupart des mamans qui allaitent ne le disent pas à leur médecin. Un petit nombre d'entre elles en a informé l'équipe médicale, ce qui a souvent donné lieu à des négociations plus ou moins longues et compliquées. Pour certaines, elles ont fini par avoir un accord, mais que très rarement un accompagnement.
- Un tout petit nombre a tiré son lait, puis pasteurisé avant de le donner à leur bébé.



Alimentation du bébé – Situations de femmes accompagnées au CDF ou dont nous avons eu connaissance

Ce qui a motivé leur choix:

Pas d'allaitement au sein



- Non catégorique de l'équipe médicale.
- Peur de la transmission.
- Elles n'ont pas de projet d'allaitement au sein.

Alimentation du bébé – Situations de femmes accompagnées au CDF ou dont nous avons eu connaissance

Ce qui a motivé leur choix

Allaitement au sein

- Elles veulent faire bénéficier leur bébé des bienfaits du lait maternel
- Elles souhaitent favoriser le lien mère-enfant.
- Elles ne veulent pas être identifier comme PVVIH par l'entourage.
- Elles ont un projet de voyage au pays.
- C'est important pour elles, par exemple pour des raisons culturelles.
- Elles souhaitent suivre les recommandations d'autres pays.



Alimentation du bébé – Situations de femmes accompagnées au CDF ou dont nous avons eu connaissance

Ce qui a motivé leur choix

Allaitement mixte



- Pour réduire le risque tout en allaitant quand ce n'est pas possible autrement.
- Parce qu'elles ne sont pas informées de ce qu'il faut faire ou ne pas faire quand on allaite au sein.

Alimentation du bébé – Situations de femmes accompagnées au CDF ou dont nous avons eu connaissance

Ce qui a motivé leur choix

Tire-allaitement (tirer son lait, le pasteuriser et donner le biberon)



Elles sont peu nombreuses à faire ce choix car ça demande une organisation matérielle et un investissement temps important.

Celles qui ont fait ce choix expriment qu'elles voulaient donner du lait de mère à leurs bébés car elles connaissaient les bienfaits du lait maternel, mais ne voulaient prendre aucun risque de transmission du VIH à leur bébé.

Alimentation du bébé – Situations de femmes accompagnées au CDF ou dont nous avons eu connaissance

Les difficultés rencontrées par les FVVIH et parfois les équipes médicales

- L'accompagnement proposé par les soignants est très hétérogène d'un hôpital à l'autre et au sein des équipes.
- Jusqu'en mai 2024, en France il n'y avait pas de recommandations pour accompagner l'allaitement des FVVIH.
- La décision est prise souvent de manière descendante, peu de dialogue, une crainte des patientes de parler de leurs besoins/envie/projet.
- Certaines femmes ne parlent pas français, la compréhension est difficile.
- Dans certaines communautés les FVVIH qui n'allaitent pas = porteuse du VIH.
- Les FVVIH qui allaitent peuvent être stigmatisées par une partie du corps médical.
- L'accès au lait maternisé n'est pas toujours simple pour des raisons financières et les difficultés de déplacement pour récupérer des boîtes de lait dans le point de distribution gratuite.

Alimentation du bébé – Situations de femmes accompagnées au CDF ou dont nous avons eu connaissance

Quasiment toutes expriment de la souffrance pour différentes raisons

Pas d'allaitement

- ne pas avoir allaité et ne pas avoir trouvé un espace de parole pour parler de cette souffrance liée au non-allaitement.
- le regard de l'entourage.
- la peur de ne pas pouvoir créer un lien fort avec son bébé.
- la culpabilité de ne pas offrir du lait maternel au bébé et les conséquences pour sa santé.
- un post-partum plus compliqué, dépression ++

Allaitement au sein

- ne pas avoir reçu d'accompagnement pendant l'allaitement.
- le regard de l'équipe médicale du fait d'allaiter.
- la peur de ne pas bien faire/ de transmettre le virus au bébé pendant l'allaitement.
- le doute de ne pas avoir fait le bon choix.

Préconisations des associations :

Mettre en pratique au plus vite les nouvelles recommandations françaises !

Les recommandations françaises ont évolué



- Les recommandations de PEC des PVVIH depuis mai 2024 expliquent que *“le sujet de l’allaitement doit être abordé pendant le suivi de grossesse; il s’agit d’une décision partagée”* mais qu’en est-il sur le terrain ?
- Les experts d’autres pays, notamment aux USA ou en Suisse, ont fait évoluer leurs recommandations avant la France. Ils ont donc une expérience à partager avec nous sur la mise en place de l’allaitement pour les femmes PVVIH et les conséquences de l’allaitement sur la PEC des femmes et des enfants.

Les enjeux de l’accompagnement de l’allaitement en France : le point de vue d’associations.

Eva Sommerlatte, directrice du Comité des Familles





Préconisations par un consensus d'associations (AT, DMUM, Aides, CDF et des pairs)

- Aborder le sujet du choix de l'alimentation de leur bébé avec toutes les FVVIH ayant un projet de grossesse ou enceinte, afin de connaître leur position le plus précocement possible et pouvoir anticiper et organiser leur accompagnement (inscription du projet dans le dossier de suivi médical, consultation en lactation, accès à des traducteurs, orientation vers associations...)
- Avoir un discours le plus neutre possible et permettre à la patiente de participer au choix partagé. Former l'ensemble des intervenants pour avoir un discours homogène.
- Décision partagée, respect de la décision par l'ensemble de l'équipe médicale.

Préconisations des associations :

La décision médicale partagée doit être au coeur de l'accompagnement

- La balance bénéfices-risques pour une PVVIH qui souhaite allaiter son bébé dans un scénario optimal ne va pas clairement d'un côté ou de l'autre. Les médecins suisses parlent d'Equipoise et argumentent qu'il est alors justifié d'inclure la patiente dans la prise de décision.
- Défini par la HAS, il s'agit de ne pas prendre de décision pour les personnes mais avec elles en organisant un temps d'échange d'informations, de partage et de délibération. La participation des personnes aux décisions qui les concernent permet aux patients d'améliorer leur littératie en santé, d'améliorer l'observance aux traitements, de favoriser le maintien dans le parcours en santé et donc le suivi et de réduire les risques de perdus de vue.





Préconisations par un consensus d'associations (AT, DMUM, Aides, CDF et des pairs)

- Expliquer l'effet préventif du ttt pris par la mère pour diminuer le risque de TME pendant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement favorise une bonne observance.
- Proposer la PreP pour le bébé mais ne pas l'imposer si la patiente ne le souhaite pas et qu'elle est dans un scénario optimal (risque d'éloignement du soin si cela lui est imposé).
- Nécessité d'un accompagnement inconditionnel de toutes les mères VVIH pour favoriser le dialogue avec la patiente, réduire les risques et limiter les "perdus de vue".
- Mettre en place des études sur la TME par allaitement pour avoir plus de données. Il y a une volonté de l'ANRS MIE, des experts, des associations de mettre en place une cohorte nationale, voir à l'échelle de l'Europe.



Avec le soutien
institutionnel de : 

Merci pour votre attention !



Suivez nous sur :



COMITEDESFAMILLES.NET

Facebook :

@comitedesfamilles

Instagram

@comitedesfamilles

Twitter :

@VIHRadio

LinkedIn

@comitedesfamilles