

Allaitement, VIH, et migration

**Etude du cas d'une patiente togolaise vivant avec le VIH, arrivée
en France en 2024, enceinte d'un troisième enfant**

Dr Emilie MAYER

CCA Maladies infectieuses et tropicales

Table des matières

1. Introduction	3
2. Méthode.....	4
3. Mme A.A, racontée par son médecin	4
4. Extraits de l'entretien avec Mme A. A. (ordre original des extraits modifiés)	7
5. Analyse et discussion	10
Bibliographie	12
Remerciements	13

1. Introduction

L'allaitement maternel des femmes vivant avec le VIH a longtemps été contre indiqué en France et dans les pays à haut niveau de revenus, du fait d'absence de données de sécurité suffisantes concernant la transmission de la mère à l'enfant. A l'inverse, sous réserve que la répllication virale soit indétectable chez la mère, cet allaitement est conseillé en Afrique subsaharienne depuis 2010, pour des raisons économiques et d'évaluation de la balance bénéfique risque : le risque de diarrhées infantile et de malnutrition y étant élevée en l'absence d'allaitement au sein, responsable d'une augmentation de la morbi-mortalité [1].

Depuis 2018, les recommandations des pays à haut niveau de revenu évoluent avec notamment la Suisse qui a commencé à autoriser l'allaitement. En France, les recommandations HAS publiées en 2024 autorisent l'allaitement sous réserves de conditions strictes [2].

Alors que je débutais mon docteur junior en maladies infectieuses dans un CHU de la région Auvergne-Rhône-Alpes, j'ai accompagné une patiente vivant avec le VIH, en rupture de traitement, enceinte de son 3^{ème} enfant. Cette patiente était originaire du Togo et arrivée en France depuis quelques mois dans le cadre d'un regroupement familial. Elle avait déjà allaité ses deux premiers enfants au Togo, selon les recommandations togolaises [3], et souhaitait allaiter son futur enfant, alors qu'elle ne remplissait pas les critères selon les recommandations françaises HAS.

Comment accompagner cette patiente de façon à que son enfant à naître puis nouveau-né ne soit pas infecté par le VIH ?

L'objectif de ce mémoire est de décrire d'une part les difficultés que j'ai pu rencontrer dans l'accompagnement de cette patiente et d'autre part d'interroger le vécu de cette femme, arrivée dans une nouvelle culture, enceinte puis allaitante, et séropositive, dans une optique réflexive et qualitative, afin de tendre à prendre en soin dans le respect de l'autre, tout en protégeant l'enfant à naître puis le nouveau-né.

2. Méthode

Cette étude de cas s'inscrit dans un format hybride, entre le récit, doublement subjectif : le mien et celui de la patiente, et l'étude clinique. En effet, la patiente a accepté d'être incluse dans l'étude VIVAAM (Vécu de l'allaitement artificiel et/ou maternel, avant et après l'actualisation des recommandations françaises, chez les mères vivant avec le VIH, de 2020 à 2025) portée par Dr Jeanne Goupil. Cette inclusion permet de bénéficier du cadre éthique et du questionnaire qualitatif développé lors de cette étude. L'entretien, d'une durée de 35 minutes a été menée par Dr BAKHA, que je remercie chaleureusement. La patiente a accepté que j'ai accès à son entretien afin de pouvoir rédiger ce travail. Puis je l'ai écouté, retranscrit et analysé.

3. Mme A.A, racontée par son médecin

Je rencontre Mme A.A alors qu'elle a 29 ans. Elle est née au Togo et y a vécu jusqu'à son arrivée dans le sud de la France en 2024. Au Togo, elle a arrêté ses études après le collège et y a été apprentie coiffeuse. Elle a contracté le VIH au Togo, qui a été découvert lors de sa première grossesse et traité efficacement depuis 2018 par un comprimé unique comprenant une trithérapie. Elle a eu deux premiers enfants là-bas, qu'elle a allaité respectivement 2 ans et 1 an et demi. Son mari vit en France depuis 2012. Il a demandé un regroupement familial qui a abouti en 2024. Ils ont d'abord emménagé dans une ville du Sud de la France, puis ont déménagé dans une ville à 1h30 en transport en commun de notre CHU.

C'est l'hôpital de cette ville qui nous contacte, alors qu'elle est à 27 SA, avec une charge virale élevée, et je la rencontre dans ce contexte, supervisée par Pr Gagneux-Brunon.

Elle avait été initialement traitée dans cette ville du Sud de la France par TDF/FTC + DRV/r, traitement qu'elle avait arrêté, car elle lui attribuait des douleurs pelviennes avec prurit vaginal.

C'est dans ce contexte que je la reçois en consultation : Je la traite d'une part pour son *Mycoplasma genitalium* auquel j'attribue sa symptomatologie douloureuse, en le lui expliquant, et d'autre part, nous lui proposons une autre trithérapie par TDF/FTC + DTG double dose. Sous ce traitement, la charge virale est indétectable à M1 de la reprise du traitement (31SA).

La question de l'allaitement se pose alors, nous le déconseillons dans un premier temps, la patiente ne présentant pas les critères selon lesquels nous pouvons l'autoriser en sécurité dans le cadre des recommandations nationales HAS.

Je me souviens d'une phrase de son mari, présent lors des premières consultations : quelque chose comme « il faut que l'on trouve un compromis, que vous fassiez un pas vers nous, pour que l'on se retrouve à mi-chemin ». Il nous apparaît que l'allaitement ne sera pas négociable, au risque de perdre la patiente de vue, et nous décidons d'accompagner le couple dans leur choix, dans une optique de réduction des risques. La RCP est défavorable à l'allaitement mais convient d'accompagner la patiente par suivi mensuel de la charge virale VIH et trithérapie pour l'enfant si c'est le choix de la patiente. Lorsque je la vois à 35 SA, elle me donne sa décision d'allaiter et nous convenons d'un compromis avec un allaitement pour 3 mois. Elle me dit ne pas avoir été au courant de son rendez-vous de gynécologie de la veille, j'appelle la gynécologue, qui est d'accord pour la voir le lendemain.

L'évolution pendant la fin de la grossesse est marquée par un rendez-vous non honoré en gynécologie à 39SA et elle ne vient pas non plus à mon rendez-vous. En lisant les mots de l'assistante sociale je me rends compte que celle-ci lui a dit qu'elle était « payante » et devait souscrire à une mutuelle privée, la patiente étant arrivée avec un VISA dans le cadre du regroupement familial. J'appelle alors la patiente, qui me confirme qu'elle n'est pas venue car elle a eu peur de devoir payer les consultations et la trithérapie. Je lui explique qu'elle n'aura rien à payer, que les soins sont pris en charge dans le cadre de la grossesse et du VIH et demande à l'assistante sociale de la PASS qu'elle aide l'assistante sociale de notre service afin de ne pas perdre de vue la patiente. Je lui propose de la voir en consultation rapidement, ce qu'elle accepte, et nous utilisons le dispositif des soins urgents et vitaux. La patiente accepte de participer à l'observatoire français LACTAVIH.

La patiente accouche en avril 2025, par césarienne du fait d'un code rouge pour bradycardie de l'enfant et échec ventouse et forceps. Pour ma part, je pars en disponibilité pour 6 mois à partir de début mai et confie en mon absence le suivi à Professeur Gagneux-Brunon. Selon les recommandations, il faudrait que la patiente réalise une charge virale chaque mois, mais en pratique, elle ne vient pas pour son premier contrôle au CHU, notre infirmière d'éducation thérapeutique l'appelle, elle est fatiguée. On essaie de l'organiser à la PASS de l'hôpital de la ville où elle habite, avec un premier échec, finalement on y arrive... à moitié : elle et son enfant auront donc 5 charges virales pendant ces 7,5 mois, toutes négatives (aucune entre fin juin et

mi-octobre), et 3 rendez-vous en infectiologie (un rendez-vous manqué, mais pas d'interruption de traitement). Les gynécologues ont, semble-t-il, autorisé un allaitement mixte. Obtention de sa carte vitale fin octobre 2025.

A mon retour, je vois la patiente début décembre 2025 et lui demande si elle allaite toujours, elle me répond que oui. Je lui demande si le bébé prend toujours son traitement, la réponse est non, elle n'avait son traitement que pour 6 mois et cela fait une semaine qu'elle continue d'allaiter sans PREP (traitement préventif par Névirapine) pour l'enfant. Je lui explique alors que nous avons convenu pour 6 mois maximum d'allaitement, que son bébé n'est plus traité, qu'il faut qu'elle arrête d'allaiter pour garantir la sécurité de l'enfant. Elle accepte l'arrêt de l'allaitement. Une semaine plus tard, les infirmières l'appellent et la patiente confirme avoir arrêté l'allaitement. D'autre part, je contacte la pédiatre du CHU, elle a confié le suivi de l'enfant à une pédiatre de l'hôpital périphérique où la patiente habite, en ayant prescrit initialement la PREP pour le bébé pour 6 mois. J'appelle la pédiatre en question, qui est rentrée depuis peu du Bénin où elle a travaillé, et ne s'est donc pas étonnée de la durée plus prolongée de l'allaitement. Je modifie aussi son traitement par TAF/FTC/BIC pour simplification thérapeutique en un seul comprimé.

Quelques semaines plus tard, elle appelle le secrétariat : elle a arrêté son traitement du fait de récurrence de prurit vaginal avec douleurs pelviennes, qu'elle attribue à ce nouveau traitement. Je la vois en urgence et lui diagnostique à nouveau un *Mycoplasma genitalium*, que je traite, tout en modifiant son traitement par TDF/FTC + DTG, la patiente ne souhaitant pas poursuivre le TAF/FTC/BIC, malgré mes explications.

Par la suite la patiente ne se présente pas à son rendez-vous avec moi, je l'appelle, elle n'a pas pu s'organiser du fait de l'école de ses enfants, je la reprogramme au lendemain, elle arrive avec plus d'une heure de retard. La secrétaire trouve la patiente « manipulatrice ». Je lui demande quel jour l'arrange. C'est le vendredi, car son mari peut s'occuper des enfants. Je ne consulte normalement que le mardi après-midi. Je décide de m'adapter et de la voir le vendredi.

Elle m'annonce alors une bonne nouvelle : elle a obtenu sa carte de résident de 10 ans. Elle aimerait faire venir sa mère du Togo, pour s'occuper de ses enfants, pendant qu'elle travaillerait. Elle aimerait entreprendre une formation d'aide-soignante.

4. Extraits de l'entretien avec Mme A. A. (ordre original des extraits modifiés)

« Ils (Les médecins au Togo) m'ont demandé si je vais allaiter mon enfant ou bien je vais lui donner le biberon. Donc, je leur ai expliqué que je peux lui donner le biberon, mais, si je peux lui donner le sein, j'ai peur qu'il puisse contaminer la maladie. Et c'est là qu'elles m'ont expliqué que non, que si je prends bien le traitement et que la charge virale est abaissée, je peux donner le sein à l'enfant. »

« Avant, j'ai peur. J'ai peur qu'ils peuvent contaminer la maladie. Mais vu que le médecin (ndlr. au Togo) m'a expliqué que si je prends bien le traitement, je peux l'allaiter sans problème. Donc, j'ai pris le courage de les allaiter et c'est bien pour moi. [...]. Avant, quand j'ai accouché au début le premier, j'avais peur. C'est normal parce que j'ai peur, je ne veux pas que mes enfants contaminent la maladie. J'ai peur qu'ils peuvent contaminer la maladie. Mais vu que le médecin (au Togo) m'a expliqué que si je prends bien le traitement, je peux l'allaiter sans problème. Donc, j'ai pris le courage de les allaiter et c'est bien pour moi. »

« À ces moments, surtout à ma première, et je ne sais pas comment expliquer. Ça va, ça va, et j'ai le courage, donc ça va. [...]. J'ai plus peur, là, donc j'ai eu le courage de donner à les autres, et ça me faisait plaisir aussi. [...] Là-bas, ils m'ont donné le courage d'allaiter et c'est bien quoi. À chaque fois que je pars faire les prises de sang et tout ça. Tout est ok, donc ils m'ont donné le courage de continuer. Mais si moi-même, je vois qu'il est temps d'arrêter, donc, je peux l'arrêter. [...]. De couper le sein, d'arrêter de donner le sein aux enfants. [...] Parce que chez moi aussi, si tu donnes le sein à l'enfant, à un moment donné, tu peux l'arrêter, pour que l'enfant mange. »

« Parce que chez nous, c'est obligatoire d'allaiter l'enfant. Les gens n'utilisent pas trop le biberon. Ce sont les gens qui sont civilisés. Il y a des gens qui n'aiment pas allaiter, que ça fait mal et tout ça. Ce sont eux. C'est peu. [...]. Toute la communauté, tout le monde donne le sein. »

« Ici, en France, pendant le moment de ma grossesse, ils m'ont dit que je ne pouvais pas allaiter. Mais, vu que les autres aussi ne sont pas contaminés, j'ai dit, je vais essayer quand même. Donc, ils m'ont dit de faire au moins le mixte. Comme ça, je vais l'allaiter, je vais lui donner aussi le biberon. Donc, c'est ça que j'ai fait et il n'est pas contaminé. Donc, arrivé à dix mois, comme il ne veut pas manger, il ne veut plus le biberon aussi. Donc, j'ai décidé de l'arrêter. Et alors, le docteur Mayer aussi m'a conseillé de l'arrêter, parce qu'il devenait grand

donc peut-être il peut contaminé le VIH, donc il faut que j'arrête. Donc, j'ai profité de ça pour l'arrêter. »

« On m'a laissé le choix. Avant, c'était un peu compliqué pour les médecins aussi parce que quand j'étais à XXX (ndlr. Ville du Sud de la France), ils me donnaient un traitement que ça ne va pas. Si je prends le traitement, j'ai mal. J'ai mal, j'ai des démangeaisons, j'ai du mal à la hanche et ça fait très très très mal que je n'arrive pas à supporter. Donc, quand on a déménagé de XXX pour ici, c'est là que je suis venue ici et ils m'ont dit que la charge virale est élevée. Donc, ils m'ont changé le traitement et ça va très très bien. [...] Comme la charge virale aussi est abaissée. Donc, c'est là qu'ils ont dit qu'on ne te conseille pas d'allaiter, mais la charge virale est abaissée. Mais il faut continuer de prendre le traitement. Si tu continues de le prendre, là tu peux allaiter aussi. »

« Mon mari, lui, c'est lui qui a décidé que j'allaite l'enfant. C'est lui qui a dit que j'allaite l'enfant. Parce que... Surtout ici en France, comme les docteurs ont dit de ne pas allaiter l'enfant, c'est mon mari qui a pris le courage, il dit non, qu'il faut que j'allaite l'enfant. Et ils disent que peut-être que je vais contaminer l'enfant. Il dit non. Parce que les autres aussi ne sont pas contaminés. Donc lui aussi ne peut pas être contaminé. Et le docteur a expliqué que... L'enfant ne peut pas être contaminé si je prends bien le traitement. Mon mari dit oui, je prends bien le traitement. Et vu que lui aussi, il m'aide, pour que je n'oublie pas de prendre le traitement. Donc il est avec moi. »

« En allaitant, des fois, c'est un peu compliqué. Mais le biberon aussi, c'est bon. Pour le biberon, c'est bon. Mais moi, je vois que les deux, c'est bon. [...] Je lui donne le biberon au cas où, parce qu'il y a les enfants, s'ils ne prennent jamais le biberon, ils ne veulent pas le prendre. Donc, je vais faire les deux comme ça, si je ne suis pas là, si quelqu'un le garde, il peut prendre le biberon. [...] ça m'a fait du bien. [...] Parce que les autres, quand je les allaite, les autres, quand ils prenaient le sein, ils n'arrivent pas à manger. Ils ne veulent pas manger. Ils veulent souvent le sein. Mais lui, s'il ne trouve pas le sein, lui, il mange tout. Tu vois, si tu travailles, tu peux faire son biberon et son papa peut lui donner le biberon. Moi, je trouve ça normal. Je trouve ça parfait quoi. Moi, je crois que donner le biberon aussi, c'est une bonne méthode, même si tu n'as pas le VIH. Si tu n'as rien, tu n'as aucune maladie, ça aide les mamans aussi. Tu vois, ça aide. Des fois, si le bébé est devenu accro au sein, c'est pas bon. Tu ne peux pas travailler, tu ne peux pas te séparer. [...] Il y a d'autres facilités : c'est le biberon, parce que, de toute façon, si je ne suis pas là, c'est le biberon qui me sauve là. »

« Est-ce qu'il y a eu des difficultés pendant les allaitements maternels ? Et si oui, est-ce que vous saviez vers qui vous tourner pour demander des conseils ?

- *Oui, je sais*

- *Oui, il y a eu des difficultés ?*

- *Non, il n'y a pas de difficultés.*

- *Et si jamais ça arrivait, vous sauriez vers qui vous tourner ? À qui demander ?*

- *Oui, à mon Docteur Mayer.*

- *[...] Vous m'avez parlé de là-bas, vous les voyez tous les mois, finalement ?*

- *Oui*

- *Ok. D'accord. Et ils étaient disponibles pour répondre à vos questions ?*

- *Oui.*

- *Et ici, alors, comment est-ce que vous estimez que vous avez été accompagnée ?*

- *Ici, j'ai été bien accompagnée. Et avec le docteur aussi. Moi, je vois qu'ici, c'est trop, trop bien. Plus que là-bas, ils sont parfaits ici. Ils prennent leur temps pour t'expliquer les choses. Et ils t'encouragent aussi de suivre tes traitements. Non, je me sens à l'aise ici plus que là-bas. Parce que là-bas, on se connaît tous. Donc, si tu ne sais pas faire les choses, tout le village va savoir que tu as cette maladie. Alors qu'ici, c'est la confiance. Ici, si tu veux que tout le monde le sache, c'est à toi de faire le choix. Mais si tu ne veux pas, ils ne vont pas. Donc, ici moi j'aime bien. »*

« (Au Togo, ndlr.) *Je suis pas en chômage en fait. [...]. Je manque pas d'argent et tout ça. Donc, je peux aussi acheter le lait, mais... C'est moi-même qui va décider d'allaiter. [...]. Quand je donnais l'allaitement et le biberon, il y a des gens qui me posent des questions. Je lui donne pas le sein. J'ai... Des fois, j'hésite. Je dis non. Ils disent pourquoi. [...]. Donc, je dis non. C'est moi-même parce que... Je suis pas obligée de donner le sein. Ou bien tout ça. Mais des fois, quand je donnais le sein, il y a les gens qui me posent... Je donne le sein. Que ici en France, on donne pas le sein aux enfants, que c'est le biberon et tout ça. [...] Il y a toujours des gens qui... Qui sont contre des choses. »*

5. Analyse et discussion

Nous avons accompagné cette patiente dans son choix d'allaiter au sein dans une optique de réduction des risques et d'alliance thérapeutique, malgré le fait que la charge virale de la patiente n'ait été indétectable qu'à partir de 31 SA. Entre les recommandations HAS, ce que nous avons prévu et convenu avec la patiente, et ce qui a été réalisé en pratique il y a eu de nombreux écarts, exposant l'enfant à un possible, bien que faible, risque de transmission. La patiente ayant été observante et indétectable à partir de 31SA et pendant toute la durée de l'allaitement, ce risque pourrait être estimé à au moins 0,2%/mois d'allaitement selon [4], soit au moins 1,5% pour cet enfant. D'une part, ce risque pourrait être plus élevé du fait de l'allaitement mixte [2] qui a été conseillé par les gynécologues sans que les infectiologues aient été consultés. D'autre part, du fait de l'éloignement géographique de la patiente et des problématiques sociales, la charge virale de la mère n'a pu être réalisée tous les mois. Enfin, l'enfant n'a pas reçu la PREP pendant toute la durée de l'allaitement, du fait d'un manque de coordination entre les différents spécialistes intervenants, et l'allaitement a été prolongé au-delà de 6 mois. Cette patiente était la première patiente vivant avec le VIH que nous avons accompagné dans son choix d'allaiter dans notre CHU, les recommandations HAS 2024 venaient en effet d'être publiées. Afin d'améliorer de futures prises en soin similaire, il sera nécessaire de mieux organiser la coopération entre les différents spécialistes intervenants.

L'observance de la patiente indispensable pour ne pas majorer le risque de transmission au bébé n'a été rendue possible qu'au prix d'une adaptation et d'une flexibilité importante de la part de son infectiologue (rendez-vous manqués, retard aux rendez-vous, appel de la patiente...), avec comme obstacles : une erreur de la part de l'assistante sociale (qui a dit à la patiente qu'elle devait souscrire une assurance privée, alors qu'elle n'en avait pas les moyens), une patiente habitant loin du CHU, et une charge de travail rendant difficile une telle souplesse, entraînant une prise en charge contraignante pour les soignants. Ce travail réalisé se rapproche d'un travail de médiation en santé, et à l'occasion de la rédaction de ce mémoire, nous nous sommes rendu compte qu'il fallait non seulement réactualiser le programme d'éducation thérapeutique des infirmières au vu des nouvelles recommandations et les former davantage aux questions d'interculturalité. Il permet aussi d'illustrer l'intérêt de l'équipe à pouvoir bénéficier d'un médiateur en santé.

L'entretien avec la patiente est empreint d'un biais de désirabilité : la patiente savait que son infectiologue aurait accès à celui-ci. Ceci constitue une limite importante concernant

notamment l'analyse de son témoignage sur son suivi dans le service. Cependant, il nous éclaire sur plusieurs points : la patiente exprime une satisfaction d'avoir eu accès à un allaitement mixte, permettant un équilibre entre son souhait d'allaiter et la découverte d'une indépendance de son enfant vis-à-vis d'elle grâce au biberon, lui offrant une liberté et une aide qu'elle qualifie de « salvatrice ». De plus, elle estime que son troisième enfant mange de tout plus facilement que les autres grâce à cela.

Concernant son souhait d'allaiter, il semble résulter d'une volonté de sa part, de l'influence et de l'autorité de son mari, mais aussi d'une influence d'ordre culturel. De cet entretien ressort l'émotion de la peur, et la force du courage. A la peur de la contamination de son enfant, s'oppose le courage d'allaiter, et le courage de son mari qui s'affirme face aux médecins français. On comprend bien qu'il aurait été difficile d'interdire l'allaitement au vu de ce qu'elle partage de son expérience au Togo, et de la fierté que ce courage a pu lui procurer.

D'autre part, il existe un décalage entre son témoignage et le mien. Elle affirme en effet avoir allaité 10 mois. Soit c'est le cas, et elle a continué à allaiter sans en parler à son équipe soignante, soit, elle pense avoir allaité plus longtemps qu'en réalité. Elle exprime aussi qu'il n'y aurait pas eu de difficultés. Il me semble à moi qu'il y en a eu : difficultés liées à la prise en charge sociale et à l'inquiétude financière, aux rendez-vous non honorés.

Ce témoignage est précieux car il me rappelle aussi mes propres biais et préjugés. Il m'encourage à faire preuve d'encore plus de pédagogie, et de d'avantage interroger de façon ouverte mes patient.e.s, d'une manière générale, pourquoi pas en reprenant des questions de l'entretien. Comprendre les motivations et croyances des patient.e.s est fondamental si nous souhaitons pouvoir obtenir une bonne observance thérapeutique.

Enfin, l'objectif de l'alliance thérapeutique a été obtenu, la patiente prévient son médecin quand elle arrête son traitement, elle exprime le sentiment d'être accompagnée et de pouvoir faire appel à l'équipe soignante en cas de difficultés. Il reste à s'assurer que l'enfant ne soit pas infecté avec les dépistages tardifs.

En conclusion, ce cas illustre les enjeux que peuvent représenter une poursuite de suivi lors d'un changement de système de soin, les recommandations étant différentes selon les pays, ainsi que les difficultés que peuvent rencontrer les soignants lors de la prise en soin de personnes originaires d'autres cultures, avec des situations sociales complexes. L'ouverture vers l'autre, la position de non jugement, prendre le temps, laisser la place à la parole, faire preuve de

pédagogie, de souplesse et d'adaptabilité sont indispensables pour un accompagnement digne, rendu possible uniquement si les aides financières continuent d'exister. Le témoignage de cette femme vivant avec le VIH permet de mettre en lumière son expérience singulière. Elle exprime une satisfaction liée à la prise en soin qui lui a été proposée et à l'allaitement mixte, malgré un probable biais de désirabilité, et au prix d'un risque de transmission non nul à l'enfant, mais qui aurait probablement été supérieur, si nous n'avions pas accompagné la patiente dans son choix. Il me rappelle aussi à mes propres biais cognitifs et préjugés, et invite à se questionner. D'autre part, il est nécessaire de mieux organiser la coordination au sein de notre CHU entre infectiologues, pédiatres, et obstétriciens pour accompagner les femmes vivant avec le VIH souhaitant allaiter, et de réactualiser notre programme d'éducation thérapeutique concernant l'allaitement et le VIH, en coordination avec les équipes de gynécologie et de pédiatrie.

Bibliographie

- [1] Guideline: updates on HIV and infant feeding n.d. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549707> (accessed May 1, 2026).
- [2] Grossesse et VIH : désir d'enfant, soins de la femme enceinte et prévention de la transmission mère-enfant. Haute Autorité de Santé n.d. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3518878/fr/grossesse-et-vih-desir-d-enfant-soins-de-la-femme-enceinte-et-prevention-de-la-transmission-mere-enfant (accessed May 1, 2026).
- [3] Programme national de lutte contre le SIDA et les IST. Recommandations Togolaise VIH 2019.
- [4] Bispo S, Chikhungu L, Rollins N, Siegfried N, Newell M-L. Postnatal HIV transmission in breastfed infants of HIV-infected women on ART: a systematic review and meta-analysis. *J Int AIDS Soc* 2017;20:21251. <https://doi.org/10.7448/IAS.20.1.21251>.

Remerciements

Pr Nicolas Vignier pour m'avoir mis en relation avec Dr Goupil, pour votre enseignement et votre engagement, et pour la coordination de ce DIU enthousiasmant.

Dr Jeanne Goupil, merci beaucoup d'avoir proposé d'inclure Mme A.A dans l'étude VIVAAM et de m'avoir fait bénéficier du questionnaire et du protocole.

Dr Anya Bakha, je te remercie chaleureusement d'avoir pris le temps et mené l'entretien avec Mme A.A.

Pr Amandine Gagneux-Brunon, pour m'avoir accompagnée dans les décisions concernant Mme A.A, et l'avoir suivie en mon absence lors de ma disponibilité, et pour m'avoir soutenue dans ce projet de mémoire, ainsi que Pr Elisabeth Botelho-Nevers, merci beaucoup.

Véronique Ronat, attachée de recherche clinique, pour toutes les questions d'ordre administrative concernant l'inclusion dans l'étude VIVAAM.