



La grossesse et l'alimentation des nourrissons : Est-ce qu'on peut dire I=I au sujet du risque de transmission du VIH à un bébé?

[par Camille Arkell](#)

L'amélioration du traitement du VIH et des soins prénatals liés au VIH a donné lieu à une énorme réduction de la transmission de ce virus entre une personne ayant le VIH et son bébé (transmission périnatale). Grâce à ce changement, le nombre de personnes ayant le VIH choisissant d'avoir des enfants a augmenté au Canada. Grâce à la campagne I=I (Indétectable = Intransmissible), de plus en plus de personnes savent que les personnes sous traitement anti-VIH qui maintiennent une charge virale indétectable ne courent pas le risque de transmettre le VIH à leurs partenaires sexuels. Par conséquent, certaines personnes se demandent si l'on peut en dire autant de la transmission périnatale. Une charge virale indétectable peut-elle éliminer le risque de transmettre le VIH à son bébé? Dans cet article, nous examinons les connaissances actuelles en ce qui concerne le risque de transmission du VIH pendant la grossesse, l'accouchement et l'alimentation des nourrissons.

Combien de bébés viennent au monde avec le VIH au Canada?

Tout comme à l'échelle mondiale, on a constaté une réduction énorme du nombre de bébés venant au monde avec le VIH au Canada et ce, malgré le nombre croissant d'enfants nés de femmes ayant le VIH. Avant l'introduction du traitement du VIH pendant la grossesse en 1994, la proportion de bébés à risque naissant avec le VIH se situait à plus de 25 % au Canada.¹ Cette proportion a chuté jusqu'à 0,4 % (un bébé sur 263) en 2016.² La seule grossesse qui a fait naître un enfant ayant le VIH en 2016 fut celle d'une femme qui n'avait reçu aucun traitement anti-VIH durant sa grossesse.

Quel est le risque de transmission durant la grossesse et l'accouchement?

La transmission du VIH entre une femme ou une personne trans ayant le VIH et son bébé peut avoir lieu durant la grossesse, l'accouchement ou après la naissance lors de l'allaitement. Pour cette raison, la prévention de la transmission périnatale est plus complexe que la prévention de la transmission sexuelle et nécessite plusieurs interventions auprès des personnes séropositives et de leurs bébés. Sans traitement, entre 15 % et 30 % des bébés nés de personnes séropositives contractent le VIH pendant la grossesse ou l'accouchement.³ La recherche révèle toutefois que la prise d'un traitement anti-VIH est la façon la plus efficace de réduire la transmission vers les bébés.^{3,4,5,6,7,8,9,10} Cela est dû au fait que le traitement réussi du VIH réduit la charge virale (mesure de la quantité de VIH dans le corps) jusqu'à un niveau indétectable. Une charge virale indétectable est bonne pour la santé de la personne enceinte et réduit aussi le risque de transmettre le VIH au bébé. De fait, des études ont montré que si la personne enceinte reçoit des soins, suit un traitement anti-VIH et maintient une charge virale indétectable tout au long de la grossesse, le risque qu'elle transmette le VIH à son nouveau-né est nul.⁷ Lors des études en question, le nouveau-né a également reçu un traitement de courte durée par médicaments anti-VIH afin d'aider à prévenir la transmission.

L'une des études majeures qui a révélé l'impact du traitement sur la prévention de la transmission du VIH vers les nouveau-nés fut une étude de cohorte française menée entre 2000 et 2011. Cette étude a révélé qu'aucune transmission ne s'est produite parmi les 2 651 bébés nés de femmes qui avaient suivi un traitement anti-VIH depuis avant la conception jusqu'à la fin de la grossesse et dont la charge virale était indétectable au moment de l'accouchement.⁷ Toutefois, si le traitement n'est pas pris pendant toute la durée de la grossesse ou encore si la charge virale indétectable n'est pas maintenue, il existe un risque de transmission du VIH vers le bébé durant la grossesse et/ou l'accouchement.⁷

Le dépistage du VIH auprès des personnes enceintes est important pour découvrir lesquelles d'entre elles courent le risque de transmettre le VIH à leur bébé. Les personnes qui sont diagnostiquées séropositives durant la grossesse, ou celles qui ne suivent pas fidèlement leur traitement pendant la grossesse, courent un risque plus élevé de transmission périnatale, surtout si elles ont une charge virale élevée.^{3,11,12} Lorsque le risque de transmission augmente à cause d'une charge virale élevée, il est possible que l'accouchement par césarienne soit recommandé pour aider à prévenir la transmission du VIH lors de l'accouchement parce que c'est à ce moment-là que la majorité des transmissions périnatales ont lieu si la charge virale est détectable.¹³

De nos jours, on recommande un traitement anti-VIH à vie à toutes les personnes recevant un diagnostic de VIH;¹³ et les personnes ayant le VIH qui souhaitent tomber enceintes devraient consulter un spécialiste du VIH aussitôt que possible, de préférence avant la conception, afin de déterminer un régime de traitement convenable.¹³

Quel est le risque de transmission associé à l'alimentation des nourrissons?

Il existe deux voies par lesquelles il est possible de transmettre le VIH au bébé après la naissance, soit l'allaitement et la prémastication (il s'agit de donner au bébé de la nourriture qui a été prémâchée par un parent ou un soignant ayant le VIH).

Allaitement

Lors d'une revue systématique des données sur la transmission du VIH vers les bébés allaités par des femmes sous traitement, on a constaté que le risque de transmission après la naissance se situait à 1 % après six mois d'allaitement et à près de 3 % après un an.¹⁴ Cependant, dans le cadre des études en question, les femmes avaient suivi leur traitement pour des périodes variables et ne l'avaient pas poursuivi au-delà du sixième mois suivant l'accouchement. Comme la revue systématique n'a pas tenu compte de la charge virale ou de l'observance thérapeutique, nous ne savons pas combien de ces femmes avaient une charge virale détectable au moment de la transmission malgré la prise d'un traitement anti-VIH.

Il existe très peu de recherches dont les données incluent des détails sur la charge virale de personnes sous traitement anti-VIH qui allaitent. Même si une charge virale indétectable offre une protection considérable contre la transmission du VIH, des cas se sont produits où le VIH a été transmis par des femmes allaitantes qui avaient une charge virale indétectable.^{15, 16}

Lors d'une étude récente menée en Tanzanie, on n'a fait état d'aucune transmission du VIH parmi les femmes allaitantes ayant une charge virale indétectable.¹⁷ Dans l'étude en question, deux cas de transmission du VIH se sont produits parmi les 177 bébés allaités par des femmes qui avaient commencé leur traitement avant la naissance de ceux-ci, mais les deux femmes en question avaient une charge virale détectable.¹⁸

Certaines personnes qui choisissent l'allaitement utilisent aussi des méthodes supplémentaires pour nourrir leur bébé, telles que les préparations pour nourrissons ou d'autres aliments et liquides (on parle dans ce cas d'alimentation mixte). Lorsque cette pratique est utilisée durant les six premiers mois de la vie du bébé, il y a la possibilité d'un risque accru de transmission du VIH comparativement à l'allaitement seul. Les experts croient que ce genre d'alimentation peut irriter et endommager les intestins en développement du bébé, ce qui permettrait au VIH de se transmettre plus facilement.¹⁹

Cependant, lorsqu'un traitement est en cours et que la charge virale est indétectable, l'alimentation mixte est peu susceptible d'augmenter le risque de transmission du VIH.²⁰

Prémastication de la nourriture

L'administration d'aliments prémâchés à un bébé a été signalée comme voie de transmission du VIH possible dans trois cas aux États-Unis.²¹ Dans chacun des trois cas soupçonnés, un jeune enfant a contracté le VIH après être né séronégatif et sans jamais avoir été allaité. Les trois enfants ont mangé des aliments qui avaient été prémâchés par un parent ou un soignant ayant le VIH dont la situation par rapport au traitement et à la charge virale n'a pas été rapportée. Dans deux cas, il paraît que des saignements buccaux étaient présents, ce qui aurait pu augmenter le risque de transmission.

Nous n'avons pas de données sur la prémastication au Canada, mais une étude américaine menée dans neuf cliniques pédiatriques a révélé que 31 % des soignants principaux des bébés donnaient de la nourriture prémâchée aux enfants à leur charge.²² Sur les 48 soignants qui avouaient prémâcher de la nourriture dans ce rapport, 79 % étaient les mères biologiques des bébés en question et elles vivaient avec le VIH.

À l'heure actuelle au Canada, pour éliminer le risque de transmission postnatale du VIH, on conseille aux parents ayant le VIH de ne pas allaiter (et d'utiliser une préparation pour nourrissons à la place) et de ne pas donner de nourriture prémâchée aux bébés. Il existe de nombreux programmes au Canada qui fournissent gratuitement des préparations pour nourrissons pour les bébés nés de personnes ayant le VIH.

Mais l'allaitement n'est-il pas censé être bon pour les bébés?

Le lait maternel est bon pour les bébés pour de nombreuses raisons : il leur fournit des nutriments et de l'hydratation, il aide leur système immunitaire à se développer et à combattre les virus et les bactéries.²³ De fait, la protection naturelle fournie par le lait maternel explique partiellement pourquoi la majorité des bébés exposés au VIH lors de l'allaitement ne contractent pas le virus.²³ Il reste que la préparation pour nourrissons constitue une option alimentaire qui fournit aux bébés les nutriments dont ils ont besoin pour grandir en santé et devenir forts.

Les messages au sujet de l'allaitement destinés aux personnes vivant avec le VIH peuvent causer de la confusion. Aux personnes n'ayant pas le VIH, Santé Canada recommande que les nouveau-nés soient allaités exclusivement pendant six mois, période pouvant se poursuivre jusqu'à l'âge de 24 mois ou plus, avec des méthodes d'alimentation complémentaires appropriées.²⁴ Cette recommandation fait écho à la ligne directrice de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en matière d'alimentation des bébés, laquelle recommande aux femmes ayant le VIH d'allaiter exclusivement pendant six mois, puis de continuer à allaiter pour un total de 12 mois durant lesquels elles suivent un traitement et reçoivent du soutien à l'observance thérapeutique.²⁰ Notons cependant que la ligne directrice de l'OMS s'adresse principalement aux pays à faible revenu où la dénutrition et les maladies diarrhéiques sont des causes courantes de la mortalité infantile et où l'accès à de l'eau propre pour faire les préparations pour nourrissons n'est pas toujours une possibilité. Dans un tel contexte, les préparations pour nourrissons pourraient exposer les bébés à un risque accru de dénutrition, de maladie ou de décès. Au Canada et aux États-Unis, où la dénutrition et les maladies diarrhéiques ne sont pas courantes, l'allaitement n'est pas recommandé à l'heure actuelle aux personnes ayant le VIH à cause du risque inconnu de transmission du VIH au bébé; même si ce risque est faible, il est peu probable qu'il soit négligeable.

De quelle façon le VIH se transmet-il par l'allaitement?

Les raisons biologiques de la transmission du VIH lors de l'allaitement n'ont pas été complètement élucidées. On croit que la transmission virale a lieu lorsque les muqueuses qui tapissent l'arrière de la gorge et les intestins sont exposées à du lait maternel contenant du VIH.²³ Le virus peut entrer dans le corps du bébé via la gorge ou les intestins, où il peut se répliquer et se propager partout dans le corps pour causer l'infection permanente.^{23,25} Les nouveau-nés sont particulièrement vulnérables au VIH et aux infections parce que leur système immunitaire et leur organisme, et plus particulièrement leurs intestins, sont encore en développement.²³

Le lait maternel peut contenir une forte quantité de VIH parce qu'il contient un très grand nombre de cellules immunitaires, soit bien davantage que les autres liquides qui peuvent également transmettre le VIH, tels que le sperme ou le sang.²⁶ Le VIH infecte les cellules immunitaires afin de pouvoir fabriquer des copies de lui-même depuis l'intérieur des cellules.

Un test de la charge virale peut mesurer le nombre de copies de VIH dans le sang ou le lait maternel; cependant, le VIH vivant dans les cellules infectées n'est pas détecté par les tests de la charge virale de routine. Cela veut dire que le virus peut rester dormant, caché dans les cellules immunitaires, même si la charge virale est indétectable.²³ De plus, lorsque le VIH se trouve dans ses cachettes à l'intérieur des cellules, les médicaments ne peuvent pas le tuer.²⁶

Si les cellules immunitaires qui contiennent du VIH sont mobilisées pour combattre une infection dans le sein de la personne qui allaite ou les intestins du bébé, les cellules peuvent commencer à produire de grandes quantités de VIH. Voilà pourquoi le VIH peut être présent dans le lait maternel même si la charge virale est indétectable dans le sang.²⁶

Certains facteurs sont associés à un risque accru de transmission du VIH par l'allaitement, dont les suivants : charge virale plus élevée; faible compte de CD4; inflammation dans le sein (causée par une mastite, un abcès mammaire ou un engorgement mammaire); allaitement de plus longue durée et alimentation mixte.^{23,27}

En ce qui concerne la réduction du risque de transmission du VIH lors de l'allaitement, le facteur le plus important réside dans le maintien d'un taux élevé d'observance du traitement antirétroviral afin d'assurer une charge virale indétectable soutenue.²⁸ Les données révèlent que le traitement a un impact énorme sur la réduction du risque de transmission associé à l'allaitement et qu'une charge virale plus faible est associée à un moindre risque de transmission du VIH lors de l'allaitement.¹¹

Défis posés par les recommandations contre l'allaitement

Comme l'allaitement pose un risque de transmission du VIH qu'il est possible d'éviter, le Canada et les autres pays à revenu élevé recommandent actuellement l'usage exclusif d'une préparation pour nourrissons dès la naissance jusqu'à l'âge d'un an. Même si les parents ayant le VIH souhaitent éliminer le risque de transmettre le VIH à leur enfant, l'alimentation par préparation pour nourrissons peut être difficile à adopter ou à accepter pour certains d'entre eux.

Bien que la plupart des familles au Canada aient facilement accès à de l'eau propre pour faire des préparations pour nourrissons, les préparations coûtent cher et leur usage exclusif peut être inabordable pour de nombreuses familles. Il n'y a que cinq provinces canadiennes qui offrent des subventions pour l'achat de préparations pour nourrissons pendant la première année de vie des enfants nés de personnes ayant le VIH, soit l'Alberta, la Colombie-Britannique, le Manitoba, l'Ontario et la Saskatchewan.²⁹ Il existe toutefois de nombreux programmes au pays qui offrent gratuitement des préparations pour nourrissons.

Contrairement aux préparations pour nourrissons, l'allaitement ne coûte rien et est associé à de bienfaits pour la santé. Il constitue aussi une norme sociale ou culturelle dans de nombreuses communautés. Pour cette raison, le fait de ne pas allaiter pourrait exposer la séropositivité d'une personne. Dans les communautés où la stigmatisation du VIH est courante, la peur que son statut VIH soit dévoilé pourrait influencer la décision de cette personne concernant l'alimentation de son bébé.^{30,31} Pour cette raison, les parents pourraient avoir besoin de counseling additionnel pour les aider à expliquer aux autres pourquoi ils utilisent le biberon, mais sans qu'il soit nécessaire de dévoiler leur statut VIH.

Malgré les recommandations contre l'allaitement, certaines personnes choisissent de le faire parce qu'elles croient que c'est la meilleure décision pour elles et leur famille. Certaines de ces personnes choisissent d'allaiter sans prévenir leur professionnel de la santé à cause de la peur de la stigmatisation ou de la criminalisation.^{30, 31}

Les fournisseurs de services doivent être conscients de ces enjeux et s'assurer que les parents ayant le VIH reçoivent de l'information et du soutien afin qu'ils puissent prendre des décisions éclairées et autonomes en ce qui concerne l'alimentation des bébés. Ces enjeux sont complexes, et les parents peuvent avoir besoin de plusieurs semaines ou mois pour explorer tous les faits et les émotions qu'ils évoquent afin de se sentir à l'aise de prendre une décision.

Messages clés et conseils pour les fournisseurs de services

- Au Canada, la vaste majorité de bébés nés de personnes ayant le VIH viennent au monde sans le VIH.

- Si une personne suit un traitement anti-VIH depuis avant ou très tôt dans sa grossesse et qu'elle maintient une charge virale indétectable, elle ne transmettra pas le VIH à son nouveau-né. Cela nécessite aussi son implication dans les soins du VIH et les soins prénatals réguliers, une bonne observance thérapeutique et le maintien d'une charge virale indétectable pendant toute la grossesse, ainsi que l'administration de médicaments anti-VIH au bébé pendant une courte période. En revanche, le risque de transmission augmente si le traitement anti-VIH n'est pas administré pendant toute la durée de la grossesse, si la personne ne prend pas fidèlement ses médicaments ou encore si sa charge virale est détectable.
- Certaines méthodes d'alimentation des bébés peuvent poser un risque de transmission du VIH après la naissance, y compris l'allaitement et la prémastication de la nourriture donnée au bébé. Même si la personne suit un traitement et a une charge virale supprimée, l'allaitement comporte un faible risque de transmission du VIH. L'allaitement et la prémastication de la nourriture ne sont pas recommandés au Canada. L'usage exclusif d'une préparation pour nourrissons élimine le risque de transmission du VIH, et les femmes devraient recevoir du soutien afin d'explorer cette option. Plus le soutien et le counseling communautaires arrivent tôt dans la grossesse (organismes VIH ou réseaux de soutien par les pairs), mieux c'est.
- Les fournisseurs de services peuvent soutenir les personnes ayant le VIH avant, pendant et après la grossesse en faisant ce qui suit :
 - Les encourager à rechercher des soins auprès d'un spécialiste du VIH afin de commencer un traitement si elles n'en suivent pas déjà un et de déterminer un régime de médicaments approprié.
 - Leur faciliter l'accès à une préparation pour nourrissons gratuite ou abordable et les aider à surmonter les obstacles potentiels à l'usage exclusif d'une préparation pour nourrissons en obtenant du soutien auprès d'un organisme VIH ou un réseau de pairs.
 - Les encourager à discuter honnêtement et ouvertement des défis posés par l'alimentation des bébés avec leur professionnel de la santé.
 - Si les parents ayant le VIH souhaitent allaiter ou sont déjà en train d'allaiter, ils devraient être encouragés à en parler longuement avec leur professionnel de la santé et un conseiller afin qu'ils puissent recevoir du soutien pour considérer tous les enjeux et allaiter de la façon la plus sûre possible.
- Si une personne ayant le VIH allaite son bébé au Canada, les experts ne recommandent pas la notification automatique des services de protection des enfants.¹³ Cependant, selon le Réseau juridique canadien VIH/sida,³² une personne qui risque de transmettre le VIH à son enfant en choisissant l'allaitement pourrait se voir menacée d'accusations criminelles et/ou d'une intervention de la part des autorités chargées de la protection des enfants.
- Les femmes ou les personnes trans qui sont enceintes ou qui souhaitent le devenir devraient être encouragées à se faire tester pour le VIH.

Article connexe

Pour une discussion sur les enjeux liés à la grossesse et à l'alimentation du nourrisson, voir [Points de vue des premières lignes : La grossesse et l'alimentation des nourrissons](#).

Références

1. Agence de la santé publique du Canada. Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2014. Ottawa : Ministère des Travaux publics et des Services gouvernements du Canada, 2015. Disponible à l'adresse : <https://www.canada.ca/content/dam/canada/health-canada/migration/healthy-canadians/publications/diseases-conditions-maladies-affections/hiv-aids-surveillance-2014-vih-sida/alt/hiv-aids-surveillance-2014-vih-sida-fra.pdf>
2. Agence de la santé publique du Canada. Le VIH au Canada : Tableaux sommaires de surveillance pour 2014-2015. Division de la surveillance et de l'épidémiologie, Division des lignes directrices professionnelles et des pratiques de santé publique, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, 2016. Disponible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-affections/vih-canada-tableaux-sommaires-surveillance-2014-2015.html>
3. [a.](#) [b.](#) Siegfried N, van der Merwe L, Brocklehurst P, et al. Antiretrovirals for reducing the risk of mother-to-child transmission of HIV infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews* . 2011;7:CD003510.
4. White AB, Mirjahangir JF, Horvath H, et al. Antiretroviral interventions for preventing breast milk transmission of HIV. *Cochrane Database of Systematic Reviews* . 2014;10:CD011323.
5. Luzuriaga K and Mofenson LM. Challenges in the elimination of pediatric HIV-1 Infection. *New England Journal of Medicine* . 2016 Feb 25;374(8):761-770.
6. Fowler MG, Qin M, Fiscus SA, et al. Benefits and risks of antiretroviral therapy for perinatal HIV prevention. *New England Journal of Medicine* . 2016 Nov 3;375:1726-1737.
7. [a.](#) [b.](#) [c.](#) [d.](#) Mandelbrot L, Tubiana R, Le Chenadec J, et al. No perinatal HIV-1 transmission from women with effective antiretroviral therapy starting before conception. *Clinical Infectious Diseases* . 2015;61:1715-1725.
8. Townsend CL, Cortina-Borja M, Peckham CS, et al. Low rates of mother-to-child transmission of HIV following effective pregnancy

interventions in the United Kingdom and Ireland, 2000-2006. *AIDS*. 2008 May 11;22(8):973-981.

9. Townsend CL, Byrne L, Cortina-Borja M, et al. Earlier initiation of ART and further decline in mother-to-child HIV transmission rates, 2000-2011. *AIDS*. 2014 Apr 24;28(7):1049-1057.
10. Garcia PM, Kalish LA, Pitt J, et al. Maternal levels of plasma human immunodeficiency virus type 1 RNA and the risk of perinatal transmission. *The New England Journal of Medicine*. 1999 Aug 5; 341(6):394-402.
11. a. b. Davis N, Miller WC, Hudgens MG, et al. Maternal and breastmilk viral load: Impacts of adherence on peripartum HIV infections averted – The breastfeeding, antiretrovirals, and nutrition study. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2016 Dec 15;73(5):572-580.
12. Drake AL, Wagner A, Richardson B, et al. Incident HIV during pregnancy and postpartum and risk of mother-to-child HIV transmission: a systematic review and meta-analysis.
13. a. b. c. d. Bitnun A, Brophy J, Samson L, et al. Prevention of vertical HIV transmission and management of the HIV-exposed infant in Canada in 2014. *Canadian Journal of Infectious Disease and Medical Microbiology*. 2014;25(2):75-77.
14. Bispo S, Chikhungu L, Rollins N, et al. Postnatal HIV transmission in breastfed infants of HIV-infected women on ART: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the International AIDS Society*. 2017 Feb 20; 20(1):1-8.
15. Shapiro RL, Hughes MD, Ogwu A, et al. Antiretroviral regimens in pregnancy and breast-feeding in Botswana. *New England Journal of Medicine*. 17 June 2010;362(24):2282-2294.
16. Palombi L, Pirillo MF, Andreotti M, et al. Antiretroviral prophylaxis for breastfeeding transmission in Malawi: drug concentrations, virological efficacy and safety. *Antiviral Therapy*. 2012;17:1511-1519.
17. Luoga E. HIV transmission from mothers on antiretroviral therapy to their infants during breastfeeding in Rural Tanzania. In: Program and abstracts of the 16th European AIDS Conference, 25-27 October, Milan, 2017. Abstract PS5/5.
18. Kuhn L, Sinkala M, Kankasa C, et al. High uptake of exclusive breastfeeding and reduced early post-natal HIV transmission. *PLoS One*. 2007 Dec 26;2(12):e1363.
20. a. b. World Health Organization, United Nations Children's Fund. *Guideline: updates on HIV and infant feeding: the duration of breastfeeding, and support from health services to improve feeding practices among mothers living with HIV*. Geneva: World Health Organization; 2016.
21. Gaur AH, Dominguez KL, Kalish ML et al., Practice of feeding pre-masticated food to infants: A potential risk factor for HIV transmission. *Pediatrics*. Aug 2009;124(2):658-666.
22. Centers for Disease Control. Premastication of food by caregivers of HIV-exposed children – nine U.S. sites, 2009-2010. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2011;60:273-275. Disponible à l'adresse : <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6009a2.htm>
23. a. b. c. d. e. f. g. Van de Perre P, Rubbo P, Viljoen J, et al. HIV-1 reservoirs in breast milk and challenges to elimination of breast-feeding transmission of HIV. *Science Translational Medicine*. 2012 Jul 18;4(143):143sr3.
24. Gouvernement du Canada. *Nutrition du nourrisson*. 2015. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/saine-alimentation/nutrition-nourrisson.html>
25. Milligan C, Overbaugh J. The role of cell-associated virus in mother-to-child HIV transmission. *Journal of Infectious Disease*. 2014 Dec 15;210(Suppl 3):S631-S640.
26. a. b. c. Serghides L. HIV transmission risk through human milk: does U=U? Presented at: *The CATIE Forum 2017: Transforming our Practice: New knowledge, New strategies*. Toronto, Nov 23-24, 2017
27. Bulterys M, Ellington S, Kourtis AP. HIV-1 and breastfeeding: biology of transmission and advances in prevention. *Clinical Perinatology*. 2010 Dec;37(4):807-824.
28. Johnson G, Levinson J, Malek J. Should providers discuss breastfeeding with women living with HIV in high-income countries? An ethical analysis. *Clinical Infectious Diseases*. 2016;63(1):1368-1372.
29. Khan S, Kennedy VL, Loutfy M, et coll. Infant feeding in HIV in Canada. Dans : Abrégés du 26^e Congrès annuel canadien de recherche sur le VIH/sida (ACRV). Montréal, du 6 au 9 avril 2017. Abrégé CS1.02. Disponible à l'adresse : https://www.cahr-acrv.ca/wp-content/uploads/2015/10/CAHR2017_AbstractVolume_Mar29.pdf
30. a. b. Levinson J, Weber S, Cohan D. Breastfeeding and HIV-infected women in the United States: harm reduction counseling strategies. *Clinical Infectious Diseases*. 2014 Jul 15;59(2):304-309.
31. a. b. CATIE. *A complicated dilemma: HIV and infant feeding* [webinaire]. 2014. Disponible à l'adresse : <http://www.catie.ca/en/webinars/complicated-dilemma-hiv-and-infant-feeding>
32. Réseau juridique canadien VIH/sida. *Le droit criminel et la non-divulgaration du VIH au Canada*. 2014. Disponible à l'adresse : <http://www.aidslaw.ca/site/criminal-law-and-hiv/?lang=fr>

À propos de l'auteur

Camille Arkell est spécialiste en connaissances, Science biomédicale de la prévention chez CATIE. Elle détient une maîtrise de santé publique en promotion de la santé de l'Université de Toronto, et travaille en éducation et recherche sur le VIH depuis 2010.

Produit par:



La source canadienne
de renseignements sur
le VIH et l'hépatite C

555, rue Richmond Ouest, Bureau 505, boîte 1104
Toronto (Ontario) M5V 3B1 Canada
téléphone : 416.203.7122
sans frais : 1.800.263.1638
télécopieur : 416.203.8284
site Web : www.catie.ca
numéro d'organisme de bienfaisance : 13225 8740 RR

Déni de responsabilité

Toute décision concernant un traitement médical particulier devrait toujours se prendre en consultation avec un professionnel ou une professionnelle de la santé qualifié(e) qui a une expérience des maladies liées au VIH et à l'hépatite C et des traitements en question.

CATIE fournit des ressources d'information aux personnes vivant avec le VIH et/ou l'hépatite C qui, en collaboration avec leurs prestataires de soins, désirent prendre en mains leurs soins de santé. Les renseignements produits ou diffusés par CATIE ou auxquels CATIE permet l'accès ne doivent toutefois pas être considérés comme des conseils médicaux. Nous ne recommandons ni n'appuyons aucun traitement en particulier et nous encourageons nos utilisateurs à consulter autant de ressources que possible. Nous encourageons vivement nos utilisateurs à consulter un professionnel ou une professionnelle de la santé qualifié(e) avant de prendre toute décision d'ordre médical ou d'utiliser un traitement, quel qu'il soit.

CATIE s'efforce d'offrir l'information la plus à jour et la plus précise au moment de mettre sous presse. Cependant, l'information change et nous encourageons les utilisateurs à s'assurer qu'ils ont l'information la plus récente. Toute personne mettant en application seulement ces renseignements le fait à ses propres risques. Ni CATIE ni aucun de ses partenaires ou bailleurs de fonds, ni leurs personnels, directeurs, agents ou bénévoles n'assument aucune responsabilité des dommages susceptibles de résulter de l'usage de ces renseignements. Les opinions exprimées dans le présent document ou dans tout document publié ou diffusé par CATIE ou auquel CATIE permet l'accès ne reflètent pas nécessairement les politiques ou les opinions de CATIE ni de ses partenaires ou bailleurs de fonds.

L'information sur l'usage plus sécuritaire de drogues est offerte comme service de santé publique pour aider les personnes à prendre de meilleures décisions de santé et ainsi réduire la propagation du VIH, de l'hépatite virale et de toute autre infection. Cette information n'a pas pour but d'encourager ni de promouvoir l'utilisation ou la possession de drogues illégales.

La permission de reproduire

Ce document est protégé par le droit d'auteur. Il peut être réimprimé et distribué dans son intégralité à des fins non commerciales sans permission, mais toute modification de son contenu doit être autorisée. Le message suivant doit apparaître sur toute réimpression de ce document : *Ces renseignements ont été fournis par CATIE (le Réseau canadien d'info-traitements sida). Pour plus d'information, veuillez communiquer avec CATIE par téléphone au 1.800.263.1638 ou par courriel à info@catie.ca.*

© CATIE

La production de cette revue a été rendue possible grâce à une contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada.

Disponible en ligne à

<http://www.catie.ca/fr/pdm/printemps-2018/grossesse-lalimentation-nourrissons-quon-peut-dire-ii-sujet-risque-transmission-v>