

Guide de formation

VIH, contraception, conception et grossesse

Préparé en même temps que le diaporama Women for Positive Action et les notes du conférencier, ce guide pratique fait partie du module portant sur VIH, contraception, conception et grossesse

Ce guide identifie les objectifs d'apprentissage clés de ce module. Il suggère aussi des sujets de discussion et d'auto-apprentissage. Les modules sont destinés à être utilisés à la fois par des professionnels de la santé et par des représentants communautaires souhaitant créer ou participer à des opportunités d'apprentissage relatives à l'amélioration des soins prodigués aux femmes séropositives.

Objectifs de la formation

Une fois ce module terminé, les participants seront en mesure de discuter des problèmes suivants et d'apprécier leurs implications tant pour les patients que pour les prestataires de soins de santé.

Taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant inacceptablement élevé

- La taux d'infection par le VIH parmi les femmes augmente dans le monde entier.
- La plupart des femmes séropositives sont en âge de procréer.
- Plus de 3,28 millions de femmes séropositives accouchent chaque année.
- Jusqu'à 410 000 enfants sont infectés par le VIH, le plus souvent par transmission de la mère à l'enfant (TME).

Planifier la grossesse . . . même si la femme ne le fait pas

- Se préparer à la possibilité d'une grossesse, planifiée ou non, est une composante importante des soins liés au VIH. Donner naissance à un bébé séronégatif en bonne santé est possible.
- La possibilité d'une grossesse doit être envisagée chez toutes les femmes séropositives en âge de procréer. Il faut choisir le traitement qui conviendrait en cas de grossesse. Cela inclut d'éviter toute exposition à l'efavirenz et à l'association ddI+d4T.
- Les facteurs de risque lors d'une grossesse non planifiée sont similaires à ceux du VIH : toxicomanie, maladie mentale, violence familiale, relations sexuelles instables fréquentes et pratiques sexuelles non protégées.

- L'impact de la grossesse sur le traitement ou vice-versa n'est souvent pas abordé avant la grossesse parmi les femmes séropositives.
- Une consultation périnatale doit être envisagée pour toutes les femmes en âge de procréer dans le cadre des soins primaires de routine. Chez les femmes séropositives, cette formation doit être dispensée dès le début de la maladie plutôt qu'au moment d'une grossesse, afin de pouvoir prendre des décisions éclairées sur la contraception et la grossesse.

Aider les femmes ayant des problèmes de fertilité

- La conception représente un risque potentiel pour les couples sérodiscordants. Pour ces couples, une consultation préconceptionnelle et un traitement contre la stérilité ont d'importantes implications éthiques et pratiques.
- Les femmes séropositives ont une prévalence de problèmes de fertilité plus élevée que les femmes séronégatives.
- Les données sur la réussite des traitements contre la stérilité chez les femmes séropositives sont limitées.

Réduire le risque de TME

- La transmission du VIH de la mère à l'enfant peut survenir durant la gestation, le travail, l'accouchement et l'allaitement maternel.
- Sans des méthodes optimales de thérapie et de prévention, le risque de TME est de 12 à 25 % dans le monde développé. Une intervention par ART ramène ce risque à moins de 2 %.
- La méconnaissance du statut VIH est le principal obstacle à la prévention de la TME.
- Parmi les autres facteurs augmentant le risque de TME se trouvent une forte charge virale, de faibles numérations des CD4, un stade avancé de la maladie, des rapports sexuels non protégés fréquents, le tabagisme et la toxicomanie et une absence de prophylaxie par ART durant la grossesse. Les accouchements par voie vaginale présentent un plus grand risque de transmission, tout comme une rupture prématurée des membranes fœtales, une chorioamnionite et les techniques invasives. Les bébés prématurés peuvent présenter un risque de TME plus élevé.
- Les interventions destinées à réduire la TME incluent le dépistage du VIH et une consultation durant la grossesse, le meilleur accès aux services prénataux, l'utilisation d'une ART, l'évitement des amniotomies, techniques invasives et épisiotomies, la préférence pour un accouchement par césarienne de convenance, des pratiques

scrupuleuses de prévention des infections et l'allaitement au lait maternisé exclusivement.

Traitement du VIH durant la grossesse

- Le traitement du VIH chez les femmes enceintes doit avoir pour objectif la suppression totale de l'ARN du VIH d'ici l'accouchement et, si possible, avant le troisième trimestre pour prévenir la TME. Cela doit être considéré par rapport aux risques d'une ART pour l'enfant à naître et aux conséquences des effets secondaires de l'ART chez la mère.
- Les inhibiteurs de protéase boostés sont privilégiés chez les femmes qui souhaitent devenir enceintes. La névirapine constitue une alternative, mais elle doit être évitée chez les femmes ayant des numérations des CD4 élevées. L'efavirenz doit être évité en raison de son potentiel tératogène.
- Les schémas posologiques pour les femmes enceintes sont les mêmes que pour les autres si ce n'est que l'efavirenz doit être évité, de même que l'association ddI + d4T. L'abacavir et la névirapine ne doivent pas être démarrés mais peuvent être poursuivis. Les inhibiteurs de protéase privilégiés sont le lopinavir/ritonavir et le saquinavir boosté au ritonavir. La zidovudine doit si possible être incluse dans la thérapie en raison de sa capacité à prévenir la TME du VIH.
- La résistance à l'ART doit être évaluée chez les femmes enceintes.

Prophylaxie post-exposition pour les nourrissons

- La plupart des nourrissons doivent recevoir une monothérapie à la zidovudine deux fois par jour pendant 4 semaines (ou une autre monothérapie AR si la thérapie maternelle n'inclut pas cet agent). Une trithérapie doit être administrée aux bébés nés de mères séropositives non traitées ou de mères présentant une virémie détectable malgré un traitement.

Contraception

- Il n'existe pas de forme de contraception « idéale » pour les femmes. Actuellement, la meilleure contraception pour une femme séropositive doit impliquer des préservatifs, même si ceux-ci ne suffisent pas toujours à protéger d'une grossesse.
- Beaucoup de choix contraceptifs interagissent avec l'ART ou sont inappropriés si une grossesse devait se poursuivre.
- La déclaration suisse suggère que dans les cas de suppression virale totale, de relations stables et d'absence d'autre MST, le risque de transmission du VIH est minime. Cette

déclaration est très controversée.

Guide de discussion

Considérez les questions suivantes lorsque vous parcourez ce module. Ces questions peuvent être utilisées aussi bien à des fins d'auto-apprentissage réflexif que comme guide de discussion dans le cadre d'une expérience d'apprentissage collectif.

Réduire le nombre de nourrissons infectés par le VIH

Le poids de l'infection à VIH continue d'augmenter chez les femmes; et des enfants naissent séropositifs malgré des moyens efficaces de réduction du risque de TME. Les mesures destinées à réduire la TME incluent la réduction du taux d'infection parmi les femmes en âge de procréer, la réduction du taux de grossesses non planifiées parmi les femmes séropositives et la réduction du risque de transmission durant la grossesse, le travail, l'accouchement et l'allaitement.

- Quels sont les obstacles à l'exécution de chacune de ces mesures ?
- Les obstacles changent-ils en fonction des femmes concernées (par exemple selon l'âge, la classe socio-économique, le statut de migrant, une maladie mentale concomitante, des antécédents de toxicomanie, la culture ou la religion) ?
- Comment ces obstacles pourraient-ils être surmontés ?

Aider les femmes à rester en bonne santé durant la grossesse et l'accouchement

La grossesse et l'accouchement suscitent un certain nombre de questions et d'inquiétudes chez toutes les femmes. Pour les séropositives, une multitude de problèmes supplémentaires sont à prendre en compte, notamment éviter de transmettre le virus au bébé, l'effet du traitement sur le bébé et l'effet de la grossesse sur la maladie de la femme. Chaque femme a des besoins spécifiques en matière de soutien et d'information, en fonction de sa situation personnelle.

- Comment le traitement du VIH peut-il être avoir le maximum d'efficacité avant la conception ?
- Comment les femmes séropositives peuvent-elles devenir enceintes sans infecter un partenaire séronégatif ? Comment une femme séronégative peut-elle devenir enceinte sans contracter le VIH par l'intermédiaire d'un partenaire séropositif ?
- Comment les femmes peuvent-elles réduire le risque de TME durant la conception, la grossesse, l'accouchement et l'allaitement ?
- Comment le schéma thérapeutique d'une femme affectera-t-il son enfant ?
- Comment la grossesse et l'accouchement affecteront-ils la maladie d'une femme et sa

capacité à s'occuper de son enfant ? Comment les risques peuvent-ils être réduits ?

- À quels problèmes psychosociaux une femme pourrait-elle être exposée ? Par exemple, être jugée et stigmatisée par la famille et la communauté.

Protéger le bien-être de l'enfant

Dans certaines situations, un enfant peut être placé contre l'avis de sa mère ; par exemple, pour recevoir un traitement ou limiter le risque de transmission du VIH.

- Dans quelles circonstances un enfant peut-il et doit-il être enlevé à sa mère ? Et pour combien de temps ?
- Quelles mesures prendre pour éviter une séparation forcée et traiter les nourrissons ?
- Quel personnel médical ou non médical doit prendre part à ce processus ?

La déclaration suisse

La déclaration suisse suggère que sous certaines conditions le risque de transmission du VIH par contact sexuel est minime.

- Selon la déclaration suisse, dans quelles conditions le risque de transmission du VIH est-il minime ?
- Comment cela affecte-t-il les choix contraceptifs des femmes ?
- Comment cela affecte-t-il le risque de TME du VIH et les risques associés à l'allaitement maternel ?

Admettre les croyances

Les croyances sont importantes pour de nombreuses femmes séropositives. Chaque fois que cela est possible, il vaut mieux travailler en tenant compte de ces croyances qu'essayer de les changer. Pour certaines femmes, il peut y avoir une méfiance sous-jacente à l'égard des médecines et thérapies occidentales, ou leur héritage religieux ou culturel peut être en conflit avec les avis médicaux qui leur sont donnés.

- Quelle est la meilleure façon de prendre en charge des femmes qui refusent un traitement médical, préférant avoir recours à la médecine douce ou traditionnelle ?
- Comment l'absence de communication et de dialogue peut-elle être compensée et la confiance instaurée chez les femmes qui se méfient des avis médicaux qui leur sont donnés ou les désapprouvent ?