



Le désir d'enfant dans le contexte du VIH :

comment soutenir les couples ?



Cas d'étude

Béatrice, 27 ans, est mariée depuis 5 ans et mère d'un enfant de 3 ans. Elle a découvert sa séropositivité il y a 3 ans lors de sa grossesse ; depuis, elle est suivie dans votre centre. Son enfant est également séropositif ; Philippe, son compagnon est séronégatif. Béatrice vient vous voir en consultation et vous parle de son souhait d'avoir un 2^{ème} enfant. Béatrice va bien, suit correctement son traitement ARV et a un taux de CD4 de 500/mm³.

Comment prendre en compte son désir d'enfant et l'aider à le réaliser ?

Les progrès réalisés ces dernières années dans la prise en charge des adultes infectés et dans la prévention de la transmission verticale du VIH offrent aux personnes vivant avec le VIH la possibilité d'exprimer leur désir de parentalité de façon plus sereine. Ce souhait n'a pas toujours reçu un écho favorable auprès des professionnels du soin ayant souvent tenu des discours moralisateurs ou culpabilisateurs à l'endroit des femmes vivant avec le VIH. Ces propos, dans le contexte actuel, ne sont plus justifiés. Des études ont montré que la grossesse n'aggrave généralement pas l'état de santé maternel et que l'existence de la séropositivité n'entraîne pas obligatoirement une grossesse difficile. Quant à la contamination de l'enfant, elle survient dans moins de 1% des cas lorsque les mesures préventives sont appliquées. Cependant, on constate sur le terrain que les grossesses, parfois très rapprochées, sont souvent débutées sans concertation avec les médecins traitants ou un autre membre de l'équipe de soins, dans des conditions délétères pour les parents ou l'enfant à venir.

Rappel sur l'importance de la planification familiale

Avant toutes choses, il faut rappeler l'importance de la planification familiale et l'intérêt des méthodes contraceptives que l'on doit proposer systématiquement aux femmes (et aux couples) dans le cadre du suivi des personnes infectées par le VIH. L'expérience montre que l'usage du préservatif dans les couples est parfois rare,

et qu'il n'est pas systématique avec les partenaires occasionnels. Le préservatif ne peut donc être considéré comme un moyen de contraception suffisant. L'intérêt de proposer une contraception aux femmes/couples infectés est double : il permet bien sûr de planifier et d'espacer les grossesses mais avant tout d'aborder le désir d'enfant et d'expliquer l'importance d'une concertation avec l'équipe soignante pour accompagner ce projet. Au-delà de ces questions, il permet de parler de la sexualité avec les personnes vivant avec le VIH, un aspect important de leur prise en charge mais trop peu souvent abordé.

En effet, un certain nombre de conditions doivent être réunies et des précautions prises afin d'éviter :

- la contamination du partenaire dans le cas de couples séro-différents,
- les malformations fœtales possibles avec la prise de traitements potentiellement tératogènes,
- la contamination de l'enfant à venir en l'absence de protocoles préventifs ou en cas de protocoles mal conduits.

Pour cela, il est primordial d'évaluer avec le couple le meilleur moment pour mettre en œuvre leur désir de grossesse. L'accompagnement dans la réalisation du désir d'enfant doit être si possible une démarche pluridisciplinaire, incluant médecins, psychologues et travailleurs sociaux. Il doit prendre en compte, outre la situation médicale (clinique et virologique), la situation sociale du couple, la connaissance partagée de la séropositivité au sein du couple et le statut sérologique de chaque partenaire.

Evaluer l'état de santé de la future mère

Si la grossesse est planifiée, il faut choisir une période où les parents - et la femme en particulier - sont en bonne santé pour débiter les tentatives de procréation. Un taux de CD4 élevé et une charge virale indétectable pendant 6 mois ou plus (si disponible) sont souhaitables. Un bon contrôle de l'infection par le VIH réduit les risques de transmission du VIH in-utero au fœtus. L'absence de pathologie aiguë (dont une IST) ou chronique (tuberculose) est un autre préalable évident.

A l'inverse, on retiendra comme contre-indication temporaire :

- un échec virologique sans perspective, à court terme, de bénéficier d'un traitement capable de rendre indétectable la charge virale : multi-résistances, intolérances sévères aux traitements disponibles et/ou charge virale élevée et/ou CD4 bas (< 200) ;
- l'impossibilité de modifier un traitement antirétroviral comportant des molécules contre-indiquées pendant la grossesse ou pour lesquelles aucune donnée clinique n'est disponible (molécules en développement, par exemple) ;
- une maladie aiguë en cours (infection opportuniste ou autre).

Une situation sociale critique (absence de logement et de ressources...) et, comme pour toute grossesse, la consommation d'alcool ou de drogue inviteront à discuter l'opportunité du projet.

Adapter le traitement ARV

Concernant le risque maternel lié aux ARV pendant la grossesse, on retiendra la contre-indication de l'association D4T-ddI (risque d'acidose lactique avec stéatose et/ou pancréatite), d'une part ; et la vigilance dans l'instauration d'un TARV contenant de la NVP si la femme a plus de 250 CD4/mm³ (risque d'hépatite mortelle).

Par rapport au risque pour l'embryon et le fœtus, certains ARV (Efavirenz notamment) sont tératogènes chez l'animal : cette molécule entraîne des malformations neurologiques chez le singe et potentiellement chez l'Homme. D'autres molécules ont été peu étudiées par rapport à ce risque ou le recul est insuffisant pour conclure sur des effets secondaires rares et/ou retardés (toxicité mitochondriale et génotoxicité, par exemple). Il convient, dans la mesure du possible, de prescrire un TARV dont la toxicité pour l'embryon semble faible.

Evaluer le risque de contamination si le couple est séro-discordant

Lorsque les conditions cliniques, immuno-virologiques et si possible sociales sont réunies, il est nécessaire de conseiller le couple par rapport aux risques de contamination lors des relations sexuelles non protégées.

Lorsque la femme est séropositive et l'homme séronégatif

Pour éviter la contamination de l'homme, on peut proposer au couple de poursuivre des relations sexuelles protégées par le préservatif. Le sperme du conjoint peut être prélevé dans le préservatif masculin ou féminin (en choisissant un préservatif sans spermicide) après le rapport protégé, puis à l'aide d'une seringue - sans aiguille -, être déposé au fond du vagin. Pour augmenter les chances de réussite de cette technique, il est souhaitable que l'insémination se fasse pendant la période d'ovulation de la femme. Un conseil adapté doit être fourni au couple.

Lorsque la femme est séronégative et l'homme séropositif

Les méthodes de choix sont le « lavage » du sperme et la fécondation in vitro.

La première méthode consiste à traiter in vitro les spermatozoïdes du conjoint et à contrôler la séro-négativité de la fraction spermatique obtenue après cette préparation.

La seconde consiste en une micro-injection directe d'un spermatozoïde dans l'ovocyte et à une réimplantation d'un ou plusieurs embryons dans l'utérus de la femme.

Ces méthodes sont techniquement complexes et leur coût rarement accessible aux familles.

Une alternative « sûre » consiste à tenter une procréation avec du sperme de donneur, mais les conséquences psychologiques (deuil de paternité) font que cette méthode a du mal à recueillir l'adhésion des parents.

De façon plus pragmatique, les futurs parents optent donc souvent pour des rapports non protégés. Afin de réduire au maximum le risque de contamination de la femme, il est souhaitable que :

- L'homme présente une charge virale indétectable depuis au moins 6 mois. Il est cependant important de noter qu'une charge virale indétectable ne protège pas complètement du risque d'infection. En effet, même en cas de charge virale plasmatique indétectable, la charge virale séminale reste positive dans 5% des cas.

- Il n'existe pas d'IST, ni chez la femme, ni chez l'homme. Administrer un traitement si besoin.

- Les rapports sexuels non protégés soient réalisés en période féconde, afin de réduire le nombre de rapports non protégés, en proposant la méthode du calendrier ou la méthode de la glaire cervicale.

La méthode de la glaire cervicale :

La glaire cervicale est une sécrétion du col de l'utérus qui devient claire et filante sous la stimulation oestrogénique avant l'ovulation. Les jours féconds correspondent aux jours pendant lesquels on observe une glaire cervicale, quel que soit le type.

Le Jour pic correspond au dernier jour de la glaire visqueuse et humide ; il indique que l'ovulation est proche ou vient de se faire. Ainsi, pour la conception, le couple doit avoir des rapports sexuels pendant chaque cycle les jours où les pertes vaginales ont l'air élastiques, humides et visqueuses.

D'autres méthodes telles que la température basale du corps ou les tests d'ovulation peuvent être aussi proposées.

- Enfin, même s'il n'existe pas de recommandation dans ce sens, on pourrait proposer à la femme de prendre un traitement ARV de façon préventive pendant la durée de la tentative de procréation (qui peut s'étendre sur plusieurs mois dans certains cas).

Lorsque les deux partenaires sont séropositifs

En général, le préservatif n'est pas utilisé dans ces couples, malgré le risque de surcontamination. Dans le cas inverse, il faut limiter les rapports sexuels non protégés à la période de fertilité de la femme, comme dans le cas précédent.

Prévenir le risque de transmission du virus de l'hépatite B (VHB)

On pourra profiter de cet accompagnement pour dépister chez les deux partenaires une infection par le virus de l'hépatite B. Ce virus se transmet selon les mêmes modes que le VIH mais est 50 à 100 fois plus contagieux. Il existe donc un risque de transmission si le couple a des relations sexuelles non protégées et que l'un des partenaires est infecté par ce virus. La vaccination protège efficacement et pourra être proposée.

Prévenir la transmission verticale du VIH

Une fois la grossesse débutée, les mesures de PTV doivent être mises en œuvre. Un autre intérêt de la planification est de pouvoir commencer les mesures

La méthode du calendrier :

- Prendre note de la durée de chaque cycle menstruel pendant une période d'au moins six mois.

- Afin d'identifier le premier jour de fertilité, soustraire 20 jours à la durée du cycle menstruel le plus court.

Par exemple : 26 jours – 20 = 6^{ème} jour (la période de fertilité commence donc le 6^{ème} jour du cycle menstruel).

- Afin de déterminer le dernier jour de fertilité, soustraire 10 jours à la durée du cycle menstruel le plus long. Par exemple : 30 jours – 10 = 20^{ème} jour (la période de fertilité se termine le 20^{ème} jour du cycle menstruel).

Avec cet exemple, la période de fertilité se trouve entre le 6^{ème} et le 20^{ème} jour du cycle menstruel, période durant laquelle il « faut » avoir des rapports sexuels non protégés.

préventives dès la 14^{ème} semaine de grossesse. On débutera une trithérapie (en évitant la névirapine chez les jeunes femmes ayant plus de 250 CD4/mm3) ou une monothérapie par l'AZT selon le protocole en vigueur dans le pays. L'intégration du partenaire dans ce processus est un gage de réussite des mesures de prévention de la transmission verticale du VIH, que ce soit par le soutien à l'observance du TARV de sa compagne, ou pour l'aide dans les choix futurs de l'alimentation du bébé.

Si la mère est infectée par le VIH-2, elle sera traitée par 3 INTI si elle a besoin d'un traitement pour elle-même. Dans le cas contraire, l'OMS recommande une prévention par AZT seul à partir de la 14^{ème} semaine.

Difficultés de procréation : orienter vers une consultation spécialisée

Il peut arriver que le couple signale des difficultés à obtenir une grossesse. Il faut savoir qu'il peut être normal pour un couple fertile de ne pas réussir à procréer pendant plusieurs mois sans que cela soit signe de stérilité. Il conviendra de l'expliquer au couple et de temporiser. En l'absence de grossesse après un an, on pourra proposer une orientation vers un spécialiste afin de réaliser un bilan, qui recherchera une cause chez la femme ou chez l'homme. Un traitement adapté pourra être éventuellement proposé.

Désir d'enfant et absence de partage du statut sérologique dans le couple : comment gérer ?

Il peut arriver que la femme ou l'homme infecté(e) n'ait pas partagé son statut sérologique avec son/sa partenaire mais veuille réaliser son désir d'enfant. Cette situation est complexe et doit être traitée avec attention et finesse. La démarche peut être l'occasion de travailler avec la femme (ou l'homme) sur les blocages existant à l'annonce au partenaire et l'accompagner pour l'aider à l'informer de son statut. Outre la possibilité de protéger son (sa) partenaire, l'implication de deux membres du couple facilite la mise en œuvre des mesures de PTV et augmente les chances de réussite.

Accompagner Béatrice et Philippe dans la réalisation de leur désir d'enfant

Il est nécessaire de clarifier avec Béatrice sa demande d'aide pour la concrétisation de son désir d'enfant : son conjoint est-il informé de son désir de grossesse ? Est-elle informée sur les conséquences pour l'enfant à naître d'autant plus que son premier enfant est infecté par le VIH ? Connait-elle les risques de transmission du VIH à son compagnon ? Il convient de proposer de rencontrer le couple lors d'un rendez-vous conjoint. Cette consultation sera l'occasion d'informer sur :

- Les moyens de procréation sans risque, ainsi que les périodes favorables aux essais.
- Les moyens de prévention de la transmission mère enfant du VIH et l'importance de l'implication de Philippe.

Le couple pourra être amené à rencontrer d'autres professionnels de soins selon les besoins et l'évaluation du moment (psychologue, gynécologue, assistante sociale...).

Une charge virale (si disponible) sera demandée afin de confirmer la bonne impression clinique et immunologique et le TARV sera modifié s'il comporte des molécules potentiellement tératogènes.

Une fois la grossesse déclarée, les mesures de PTME

seront mises en place dès la 14^{ème} semaine et poursuivies jusqu'au sevrage de l'enfant. Le suivi post natal inclura la proposition d'une contraception adaptée.

Si au bout d'un an la grossesse n'est pas survenue, il conviendra d'explorer les causes de cet échec. Un bilan de fertilité devra être proposé.

A retenir

- Le désir d'enfant des personnes vivant avec le VIH doit être entendu et accompagné ;
- Les discours moralisateurs et culpabilisateurs sont à éviter car ils entraînent des grossesses « sauvages », des suivis tardifs, des traitements contre-indiqués...
- La grossesse n'aggrave pas l'infection VIH de la femme. Les risques principaux sont la transmission du virus au partenaire s'il n'est pas infecté, et à l'enfant à naître ;
- Chez les couples sérodifférents qui optent pour la procréation naturelle, l'observance thérapeutique est fondamentale pour obtenir et maintenir une charge virale indétectable ; l'absence d'infections sexuellement transmissibles est également essentielle ;
- Il existe des techniques simples pour connaître la période de fécondité des femmes ;
- Il existe des moyens efficaces pour réduire la transmission mère enfant du VIH ;
- Il est indispensable de donner toutes les informations nécessaires au couple, qui décide ce qui lui convient le mieux.

En savoir plus

> Rapport Yéni 2010 : chapitre sur la procréation et l'infection à VIH :

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2010_sur_la_prise_en_charge_medicale_des_personnes_infectees_par_le_VIH_sous_la_direction_du_Pr_Patrick_Yeni.pdf

> Les couples séro-différents pour le VIH : quelle aide médicale ? S. Hamamah, F. Entezami. Centre de fécondation in vitro, Hôpital A. Béchère :

<http://pro.gyneweb.fr/portail/sources/congres/jta/01/pma/HAMAMAH2.HTM>

> VIH et désir de grossesse : focus sur l'assistance médicale à la procréation. Femmes et sida

<http://femmesida.veille.inist.fr/spip.php?article2535>