

**Bulletin de l'unité****Maladies infectieuses****Nouveau programme prénatal contre le VIH  
Le médecin traitant y jouera un rôle primordial**

**P**RÈS DE TOUS LES nouveaux cas d'infection au VIH chez les enfants québécois résultent de la transmission du virus de la mère infectée à son enfant pendant la grossesse ou à l'accouchement. Mais on sait maintenant qu'avec l'administration d'antirétroviraux aux femmes enceintes durant la grossesse et à l'accouchement ainsi qu'aux nouveau-nés pendant les six premières semaines de vie, le taux de cette transmission estimé à 25 % et plus peut chuter en deçà de 8 %.

Suite à ces deux constatations, un nouveau programme sera mis sur pied par le ministère de la Santé et des Services sociaux afin d'offrir aux femmes enceintes et à celles qui souhaitent le devenir la possibilité de passer un test de dépistage du VIH. Les médecins et autres dispensateurs de soins recevront dans les prochains mois un document annonçant les objectifs, les conditions d'application du programme et les ressources disponibles. L'Unité Maladies infectieuses de la Direction de la santé publique est chargée de la mise en place du programme dans la région de Montréal-Centre.

**L'offre du test du VIH (recherche des anticorps) réservée jusqu'à présent aux patientes enceintes à risque ou aux femmes en faisant la demande, devrait désormais être faite à toutes les femmes enceintes et à celles qui souhaitent le devenir. Connaissant le degré d'efficacité du traitement possible, les femmes enceintes séropositives pourront alors effectuer un choix éclairé. Le médecin pourra continuer de suivre la patiente tout au long de sa grossesse ainsi que pendant et après l'accouchement avec le support des divers centres spécialisés.**

## **Faut-il réserver le test aux seules femmes à risque?**

**E**N NE PROPOSANT le test du VIH qu'aux seules femmes qu'il juge à risque, le médecin peut exclure des femmes séropositives même en utilisant un questionnaire ou une grille d'identification des risques.

D'autre part, l'infection au VIH peut demeurer fort longtemps asymptomatique et la femme enceinte ou qui désire le devenir peut sous-estimer les facteurs de risque auxquels elle a été exposée bien des années auparavant. Tout autant, son partenaire peut aussi ignorer sa propre séropositivité. Aussi, ne demandera-t-elle pas nécessairement le test elle-même.

## **Pourquoi un programme volontaire et non pas un dépistage systématique du VIH durant la grossesse ?**

L'éthique et le contexte légal concernant les tests de dépistage du VIH au Canada exigent comme préalables le consentement éclairé du patient, le counselling avant le test et lors de l'obtention des résultats, ainsi que le maintien de la confidentialité. Aussi, comme les autres patients, la femme enceinte ou qui souhaite le devenir doit bien saisir les avantages et les conséquences possibles du test de dépistage du VIH avant de s'y soumettre.

À cet égard, un résultat sérologique positif peut l'influencer dans sa décision d'interrompre cette grossesse, d'entreprendre un traitement antirétroviral durant la grossesse, ou d'éviter l'allaitement, décisions qui, au Canada, reviennent à la patiente. Le programme québécois vise ainsi à assurer aux femmes séropositives enceintes qui désirent poursuivre leur grossesse tous les moyens de réduire le risque de transmission du VIH à leur enfant et ce, dans le respect des droits de toutes les femmes enceintes de décider elles-mêmes de passer ou non le test.

## **Un programme qui a l'appui des corps médicaux**

Quelques provinces canadiennes, dont la Colombie-Britannique et Terre-Neuve, et plusieurs états américains ont déjà mis en place un programme volontaire à l'intention des femmes enceintes compte tenu de la possibilité de réduire des deux tiers le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant par traitement à l'AZT ou zidovudine.

Par ailleurs, les associations professionnelles, telles l'Association médicale canadienne, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, le Collège des médecins de famille du Canada de même que la plupart des organismes communautaires, dont la Coalition des organismes communautaires de lutte contre le sida, s'accordent pour que le test volontaire du VIH soit offert aux femmes enceintes.

## **Pour offrir le test du VIH: le plus tôt est le mieux**

La question du test du VIH devrait être abordée le plus tôt possible afin de faciliter l'accès à tous les services et traitements disponibles.

Lors de la première consultation, le médecin traitant se doit d'informer la femme enceinte des avantages et des conséquences possibles du test du VIH durant la

grossesse afin qu'elle puisse décider de s'y soumettre ou non en toute connaissance de cause (Tableau 1). Il revient aussi au médecin de lui expliquer la nature et les conditions du test (Tableau 2).

Comme la décision de répéter le test durant la grossesse dépend de l'évaluation de la période fenêtre

et des facteurs de risque présents le médecin devra procéder, lors des visites subséquentes, à une évaluation des risques d'exposition et d'infection au VIH, assurer un counselling adéquat et fournir tous les renseignements disponibles et les recommandations appropriées à chacune des patientes et à leur partenaire (Tableau 3).

*Tableau 1*

### **Test de dépistage du VIH durant la grossesse**

#### *Avantages de passer le test au cours de la grossesse*

- Un résultat négatif peut réduire l'anxiété.
- Un résultat positif, si le test est fait assez tôt durant la grossesse, permet de faire des choix éclairés quant à l'interruption de la grossesse ou au traitement à l'AZT si la grossesse est poursuivie.

#### *Désavantages de passer le test au cours de la grossesse*

- L'attente des résultats est une source de stress.
- Un résultat négatif peut laisser un sentiment trompeur d'invulnérabilité malgré des facteurs de risque persistants.
- Un résultat positif peut avoir des répercussions négatives sur la femme et la vie de couple: rejet, isolement, discrimination dans l'emploi et le logement. Obtenir des prêts bancaires, des hypothèques ou de l'assurance peut devenir difficile.

*Tableau 2*

### **Première visite prénatale**

- Expliquer clairement que le test est volontaire.
- Identifier les options de tests disponibles dans la région de Montréal-Centre, tests nominaux, non-nominaux et anonymes.
- Discuter de la confidentialité des résultats du test par rapport aux procédures du bureau ou de la clinique et de la notification aux partenaires.
- Discuter du stress lié à l'attente des résultats et des réactions possibles au dévoilement de ceux-ci.
- Discuter de la participation du partenaire au processus.
- Fixer un rendez-vous pour informer la femme face à face des résultats de son test.

*Tableau 3*

### **Visite de suivi**

- Si la femme n'a pas encore pris de décision, discuter de nouveau avec elle des avantages et désavantages du test du VIH.
- Si la femme choisit de ne pas passer le test, documenter le refus et les raisons.
- Fournir des renseignements sur l'infection au VIH et les tests de sérodiagnostic, y compris sur la signification d'un résultat positif, négatif et indéterminé.
- Évaluer la période fenêtre en repérant l'activité à risque la plus récente et prévoir une date appropriée pour passer le test à nouveau, si nécessaire.
- Discuter des risques d'exposition au VIH.
- Discuter de la réduction du risque et explorer des façons précises qui peuvent permettre à la femme d'éviter ou de réduire les comportements ou situations à risque.

Tableau 4

**Facteurs pouvant influencer la décision d'interrompre ou de poursuivre la grossesse**

*Raisons pour lesquelles une femme vivant avec le VIH désire concevoir un enfant ou poursuivre une grossesse:*

- désir de devenir mère,
- image de soi qui nécessite d'être mère,
- âge avancé pour une maternité,
- croyances religieuses,
- opposition morale à l'avortement thérapeutique,
- optimisme personnel,
- expérience antérieure avec un enfant qui s'est avéré séronégatif,
- évaluation du risque comme étant acceptable,
- accès aux traitements anti-rétroviraux
- choix éclairé.

*Raisons pour lesquelles une femme ayant le VIH désire éviter ou interrompre une grossesse:*

*Reliées à l'enfant:*

- peur de ne pas être capable de prendre soin de l'enfant,
- pas d'option d'adoption,
- a déjà un enfant vivant avec le VIH,
- a déjà vécu la mort d'un de ses enfants
- désir d'éviter la maladie à l'enfant,
- désir d'éviter la stigmatisation de l'enfant;

*Reliées à elle-même:*

- a peur de devenir malade,
- si n'est pas encore enceinte, ne veut pas infecter son partenaire,
- est déjà malade.

Tableau 6

**L'AZT, ou zidovudine, pendant la grossesse**

*Initier le traitement à l'AZT* entre la 14e et la 34e semaine de gestation et le poursuivre tout au long de la grossesse. Administrer par voie orale à raison de 100 mg 5 fois par jour.

*Pendant l'accouchement* : administrer par voie intraveineuse 2 mg/kg (dose établie en fonction du poids de la patiente) pendant la première heure, puis par perfusion à raison d'un mg/kg par heure, toujours en fonction du poids de la patiente, jusqu'à l'accouchement.

*Nouveau-né* : administrer un sirop d'AZT par voie orale, à raison de 2 mg/kg (dose établie en fonction du poids du nouveau-né) aux 6 heures pendant les 6 premières semaines de vie en débutant entre la 8e et la 12e heure après la naissance.

Tableau 5

**Informations et références**

*Information sur le traitement*

- Consultation sida 1-800-363-4814

*Information clinique*

- Centre maternel et infantile sur le sida  
Hôpital Ste-Justine 345-4836

*Information sur les médicaments gratuits*

- Centre régional d'essai clinique  
Hôtel-Dieu de Montréal  
Télec.: 843-2748 843-2611 poste 4059

*Information de santé publique*

- Unité Maladies infectieuses  
Direction de la santé publique de Montréal-Centre Tél.:932-3055  
(demander le service de garde en MTS-sida)



## **Montréal a le plus haut taux de femmes enceintes séropositives**

Montréal, qui compte le plus grand nombre de cas de sida chez les femmes au Canada, enregistre également le nombre le plus élevé de cas d'infection par le VIH chez les femmes enceintes, avec une proportion de 17 femmes sur 10 000 entre 1989 et 1993 et un taux de transmission d'environ 25%. En comparaison, le taux d'hypothyroïdie congénitale est de 4 sur 10 000 et le taux de phénylcétonurie est de 0,5 sur 10 000. Un traitement efficace existe pour chacune de ces deux

dernières conditions et peut être offert aux familles où elles se manifestent.

Quant à l'infection par le VIH, une prophylaxie durant la grossesse peut inhiber le virus et en réduire la transmission, de sorte que, même si tous les enfants de mères séropositives naissent avec les anticorps maternels transmis passivement, seulement un enfant sur douze – non plus un sur quatre – sera infecté.

## **Comment les femmes enceintes séropositives seront-elles suivies ?**

Les femmes chez qui l'infection par le VIH aura été diagnostiquée devrait recevoir un counselling quant à la possibilité d'interrompre ou de poursuivre leur grossesse. Certains facteurs pouvant influencer leur décision sont énumérés au tableau 4.

À la lumière des recherches sur le sujet le médecin pourra prescrire un traitement à l'AZT (zidovudine). Le médecin pourra continuer de suivre la patiente tout au long de la grossesse ainsi que pendant et après l'accouchement selon le protocole établi avec le support des divers centres spécialisés.

Il pourra, en outre, référer la patiente à un obstétricien, un médecin de famille ou un pédiatre spécialisé dans le suivi et

le traitement des femmes enceintes infectées par le VIH et des enfants séropositifs et ce, en tout temps (Tableau 5).

Le protocole actuellement offert dès la quatorzième semaine de grossesse à toutes les femmes séropositives qui ne reçoivent pas déjà un traitement antirétroviral est indiqué au tableau 6.

Les femmes qui reçoivent déjà un traitement antirétroviral et qui décident de poursuivre leur grossesse ne devraient pas interrompre le traitement. Aucun effet négatif des antirétroviraux sur le fœtus et sur la grossesse n'a été démontré jusqu'à présent, et une interruption du traitement, si brève soit-elle, peut entraîner une hausse importante de la charge virale et ainsi augmenter le risque de transmission du VIH au fœtus.

## **Un test volontaire qu'il revient au médecin de suggérer**

**A**U CANADA, le test du VIH ne peut être prescrit sans le consentement éclairé du patient.

Compte tenu des connaissances scientifiques actuelles, le médecin qui ne proposerait pas le test à une patiente pourrait être tenu responsable de ne pas l'avoir fait. Aussi la proposition du test devrait être systématiquement intégrée à la pratique du médecin face à une femme nouvellement enceinte ou qui désire le devenir.

# Programme de conférences

## Automne 1996

### Conférences

«Le sida, les MTS et la vaginose bactérienne: aspects particuliers en grossesse»

18h à 20h15

En français, le 31 octobre 1996

En anglais, le lundi 28 octobre 1996

Les renseignements quant aux lieux et au programme vous parviendront ultérieurement.

### Rencontres en centre hospitalier

«Le programme provincial d'offre du test du VIH aux femmes enceintes: que ferez-vous dans votre hôpital?»

Une rencontre sur ce thème aura lieu dans chaque hôpital de Montréal qui compte un service d'obstétrique. Pour les lieux, les dates et heures, veuillez contacter: le chef du service d'obstétrique de votre établissement.

### Ateliers sur les MTS:

«La lutte aux MTS, le rôle primordial des omnipraticiens»

l'Ampithéâtre Rousselot de l'Hôpital Notre-Dame

18h30 à 21h

Inscription obligatoire auprès de Mme Manon Hudson:

Par la poste: 1616 boul. René-Lévesque Ouest, bureau 300, Montréal, H3H 1P8

Par télécopieur: 932-1502

10 octobre : *Le VIH : le test et le counselling*

14 novembre : *Le VIH : suivi et traitements*

5 décembre : *Les douleurs pelviennes et urologiques*  
(salpingite, épitydymite, prostatite)

16 janvier : *Les complications des MTS/sida et les MTS compliquées*

### Guides de pratique gratuits:

#### Pour le test du VIH

Steben M, Hankins CA, Mensah MN.

#### Lignes directrices pour le counselling:

Sérodiagnostic du VIH. Association médicale canadienne, Ottawa, 1995.

#### Pour le suivi et le traitement

Steben M, Mensah MN, Bally GA, et al.

**Directions cliniques concernant les soins obstétricaux et gynécologiques aux femmes vivant avec le VIH.** Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. 1994.

Tobin M, Chaw F, Bowmer I, et al. **Un guide complet des soins aux personnes atteintes d'une infection à VIH.**

**Module 1:** Adultes-hommes, femmes et adolescents. Collège des médecins de famille du Canada. 2<sup>e</sup> édition, 1996.

**Module 2:** Nourrissons, enfants et préadolescents. Collège des médecins de famille du Canada. 1996.

#### Gratuits auprès du

Centre national de documentation sur le SIDA

1565, ave Carling - No. 400

Ottawa, Ontario K1Z 8R1

Tél.: (613) 725-3769 Fax.: (613) 725-9826

Bulletin de l'unité

### Maladies infectieuses

Une publication de la Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre 1616, boul. René-Lévesque Ouest, bureau 300 Montréal (Québec) H3H 1P8 Tél.: (514) 932-3055 Téléc.: (514) 932-1502

#### Responsable de l'UMI:

Dr Richard Massé

#### Rédactrice en chef:

Dr Monique Letellier

#### Édition:

Blaise Lefebvre

#### Collaboration à la rédaction:

Dr Catherine Hankins

Dr Marc Steben

Dr Nancy Haley

#### Infographie:

Manon Girard

ISSN 1205-9943



Hôpital général de Montréal  
mandataire

**Depuis le 13 octobre 1998**

## **l'Unité Maladies infectieuses**

**a une nouvelle adresse**

**1301, rue Sherbrooke Est  
Montréal (Québec) H2L 1M3**

**Téléphone : (514) 528-2400**

**Télécopieur : (514) 528-2452**

**Télécopieur confidentiel pour déclaration de Mado : (514) 528-2461**

**Notez que les renseignements donnés dans ce document  
peuvent avoir changé depuis le moment de publication.**