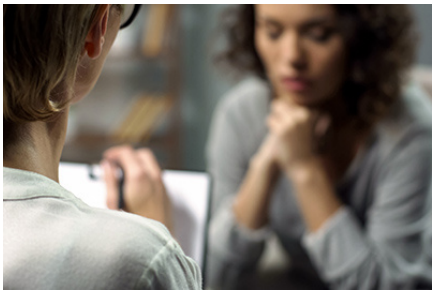
Publié par:
REISO.org
REVUE D'INFORMATION SOCIALE

La contraception chez les femmes avec VIH



Les thérapies antirétrovirales permettent aux personnes vivant avec le VIH d'avoir une vie sexuelle et reproductive similaire à la population générale. Cependant, pour les femmes séropositives, des enjeux sociaux et sanitaires subsistent.

© Motortion / AdobeStock

Par ***Isabel Cobos Manuel***, infirmière et spécialiste en santé sexuelle à la Consultation ambulatoire des maladies infectieuses, CHUV, Lausanne [1]

Dans le monde, environ 34 millions de personnes sont infectées par le VIH. Parmi elles, la moitié serait des femmes en âge de procréer (1).

La prise quotidienne de thérapies antirétrovirales prévient la transmission du VIH lors de relations sexuelles. Connue sous le nom de « Swiss Statement », cette conclusion scientifique des avancées médicales permet donc aux femmes vivant avec le VIH, ci-après FVVIH, d'avoir une vie sexuelle et reproductive similaire à la population générale. Cependant, pour elles, l'utilisation de moyens de contraception autre que le préservatif demeure faible et de nombreuses grossesses seraient ainsi non désirées (1).

Une susceptibilité biologique associée à des facteurs sociaux, économiques et culturels rendrait les femmes plus vulnérables au VIH. Malgré ce contexte, elles ont dès le début de l'épidémie été considérées comme des cibles secondaires des campagnes de prévention qui se sont concentrées principalement sur des catégories masculines et homosexuelles. Cette non prise en considération initiale des femmes a permis à l'épidémie de se propager facilement dans ce groupe.

La stigmatisation et les discriminations

De nombreux articles (2) démontrent que les phénomènes de stigmatisation en lien avec le VIH sont encore omniprésents à ce jour. Rappelons que la stigmatisation est le processus par lequel un attribut discréditant ou une différence non souhaitée par les attentes sociales peut engendrer un phénomène de discrimination et diminuer les

opportunités et droits d'une personne ou d'un groupe. La santé sexuelle et reproductive des femmes séropositives serait particulièrement sensible à ce phénomène. Depuis le début de l'épidémie, différentes formes de discrimination ont été reportées. Parmi elles, citons la violation de la confidentialité, la divulgation du statut VIH, la pression chez les couples VIH à prendre des décisions en lien avec leur fertilité (telles que des stérilisations forcées), ou les droits à la parentalité déniés. Des phénomènes de discrimination plus actuels se manifesteraient par des difficultés de communication et de relations avec les professionnel·le·s de la santé, notamment répertoriés lors du suivi gynécologique (2).

Le rapport entre la sexualité et la reproduction a été modifié avec l'arrivée du droit à la contraception et à l'avortement. Chez les FVVIH, peu d'attention avait initialement été accordée à la santé reproductive. Or, leur choix sur ce thème fait partie du droit fondamental de tout être humain, indépendamment de la situation médicale (3). Cependant, ces choix sont souvent influencés par des facteurs tels que la stigmatisation, la discrimination, les inégalités de genre, le manque d'information de la part des professionnel·le·s de la santé ainsi que des peurs sous-jacentes, et souvent infondées, relatives au risque de contamination au partenaire ou à l'enfant à venir (4). Même s'il est vrai que le désir d'enfant chez les FVVIH est motivé par des aspects identiques à ceux des personnes non VIH ; il serait plus important chez celles n'ayant pas d'enfants ainsi que chez les femmes venant du Sud comparativement à celles nées en Europe.

Les méthodes de contraception

L'OMS recommande l'utilisation d'une double contraception pour les FVVIH, c'est-à-dire : l'utilisation de méthodes contraceptives de longue durée d'action, les «LARC», en combinaison avec le préservatif afin d'éviter la transmission du VIH ainsi que d'autres infections sexuellement transmissibles. Cependant, elles ne seraient que 10% à utiliser une double contraception en Suisse (1). Cette attitude pourrait s'expliquer par le « Swiss Statement » leur permettant, avec une virémie indétectable, d'avoir des relations sexuelles sans préservatif.

Selon l'OMS, il n'existe pas de restriction en matière de contraceptifs pour les FVVIH en termes d'interactions avec la trithérapie. D'autres études (1) suggèrent que l'efficacité de certains contraceptifs hormonaux serait réduite par de potentielles interactions avec la trithérapie.

Malgré la large palette de moyens contraceptifs disponibles actuellement, le recours à des moyens de contraception diffère grandement entre les femmes séropositives et négatives. L'utilisation de moyens de contraception autres que le préservatif masculin chez les FVVIH demeure faible. En Suisse, elles seraient 73% à utiliser le préservatif comparativement à une utilisation de 40% pour les femmes non-VIH (1). Malgré la haute efficacité du préservatif en ce qui concerne la réduction des transmissions d'infections sexuellement transmissibles, son effet contraceptif est nettement inférieur comparativement à l'utilisation des méthodes contraceptives à longue durée. Les études (5) établissent 18% d'échec contraceptif avec le préservatif selon son usage typique et 2% selon un usage parfait, versus 0.2% d'échec avec un dispositif intra utérin. De plus, la négociation du préservatif pourrait s'avérer difficile par crainte que le statut VIH soit soupçonné. C'est une des raisons pour lesquelles le préservatif pourrait ne pas être utilisé systématiquement (3). De plus, la moitié des femmes concernées sexuellement actives n'utilisent aucun moyen de contraception malgré l'absence de désir d'enfant (1). Ces éléments indiquent que le risque de grossesse non désirée est élevé.

Dans la population générale, les choix contraceptifs varient selon les différents stades de la vie. Actuellement, un retour à une contraception sans hormones est réclamé. Or la contraception des FVVIH ne semble pas suivre les mêmes variations, ces dernières utilisant principalement le préservatif comme moyen de contraception. Si leur mode de contraception demeure exclusivement le préservatif et n'évolue pas selon les différents stades de leur vie, cela engendre une lassitude et diminue son utilisation. Les conséquences d'une utilisation faible et exclusive du préservatif en lien avec l'important écart entre l'usage typique et théorique, pourraient ainsi être à l'origine de leurs

grossesses non désirées.

Les grossesses non désirées

Dans le monde, plus de la moitié des grossesses seraient non désirées chez les FVVIH (3). En Suisse, c'est le cas pour 11% d'entre elles, dont 81% sous contraception au moment de l'événement. Comme indiqué, les moyens de contraceptions les plus fréquemment utilisés lors de grossesses non désirées sont le préservatif. La contraception d'urgence n'a, elle, pas été répertoriée (1). Or, lors d'utilisation de méthodes non longue durée, l'accès et l'utilisation à la contraception d'urgence est essentiel afin de réduire le risque de grossesses chez toute femme.

Le fait que la plupart des FVVIH ayant expérimenté une grossesse non désirée étaient sous contraception au moment de l'événement invite à penser à une utilisation sous-optimale des contraceptifs, à une méconnaissance de la contraception d'urgence ou à d'éventuelles interactions médicamenteuses avec la trithérapie pouvant diminuer l'efficacité des moyens utilisés. Les personnes avec un faible niveau d'éducation seraient plus à risque d'expérimenter une grossesse non désirée que celles avec un niveau éducationnel supérieur (1). Un accompagnement de proximité régulier afin d'évaluer l'utilisation et la compréhension du moyen de contraception choisi, ainsi que l'information sur l'accès à la contraception d'urgence en cas de nécessité, sont des éléments qui amélioreraient leur santé reproductive.

Les défis du conseil et du suivi

En Suisse, le conseil en santé sexuelle et reproductive fait partie des guidelines et est partiellement intégré dans le suivi infectiologique de routine des FVVIH. Or, il semble que peu d'entre elles abordent ces sujets avec leurs infectiologues. Il serait pourtant nécessaire qu'elles soient référées à un·e gynécologue pour leur suivi annuel ainsi que pour l'éventuelle prescription de contraceptifs (1). Selon la Suisse HIV Cohort Study, seul 35.3% des personnes concernées avaient complété le suivi gynécologique annuel recommandé et 7% d'entre elles n'avaient jamais eu de suivi gynécologique (6). Les femmes hésitent-elles à consulter ou à dévoiler leur statut VIH à des professionnel·le·s de la santé parce qu'elles craignent des messages et attitudes inadéquates et stigmatisantes ? Ces données suggèrent en tout cas qu'elles ont peu d'interlocuteur·trice·s pour parler de contraception et de leurs désirs reproductifs.

Une récente revue de littérature (4) établit que l'intégration d'un service en planning familial dans un service d'infectiologie serait associée à une augmentation de connaissances ainsi qu'à une utilisation de méthodes de contraception dites « modernes » parmi les FVVIH. L'intégration d'un tel programme faciliterait l'accès aux informations sur les différents moyens de contraception. Il permettrait aussi d'aborder des difficultés spécifiques aux femmes séropositives en matière de contraception et d'assurer un continuum dans la prise en charge médicale avec des professionnel·le·s déjà connu·e·s et identifié·e·s.

A l'ère où le préservatif n'est plus une absolue nécessité chez les FVVIH, il est urgent d'aborder leurs préoccupations en lien avec la santé reproductive. Cette démarche leur donne accès à des moyens de contraception efficaces tout en prenant en compte leur situation médicale et leur vécu. La différence d'utilisation de moyens de contraception ainsi que leur important taux de grossesses non désirées en Suisse sous-entend que les stratégies actuelles pour le suivi en matière de santé reproductive nécessitent d'être repensées.

L'intégration d'un programme en santé reproductive dans le suivi infectiologique de routine avec des professionnel·le·s spécialisé·e·s tant dans le domaine du VIH que de la santé reproductive devrait être considéré.

Références

1. Aebi-Popp K, Mercanti V, Voide C, Nemeth J, Cusini A, Jakopp B, et al. Neglect of attention to reproductive health in women with HIV infection: contraceptive use and unintended pregnancies in the Swiss HIV Cohort Study. HIV Med. 2018;19(5):339-46.
2. Nostlinger C, Rojas Castro D, Platteau T, Dias S, Le Gall J. HIV-Related discrimination in European health care settings. AIDS Patient Care STDS. 2014;28(3):155-61.
3. Patel RC, Bukusi EA, Baeten JM. Current and future contraceptive options for women living with HIV. Expert Opin Pharmacother. 2018;19(1):1-12.
4. Haberlen SA, Narasimhan M, Beres LK, Kennedy CE. Integration of Family Planning Services into HIV Care and Treatment Services: A Systematic Review. Stud Fam Plann. 2017;48(2):153-77.
5. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception. 2011;83(5):397-404.
6. Keiser O, Martinez de Tejada B, Wunder D, Chapuis-Taillard C, Zellweger C, Zinkernagel AS, et al. Frequency of gynecologic follow-up and cervical cancer screening in the Swiss HIV cohort study. J Acquir Immune Defic Syndr. 2006;43(5):550-5.

[1] Cet article est la synthèse du travail de diplôme réalisé dans le cadre du DAS en Santé sexuelle de la HETS Genève : Isabel Cobos Manuel, «Enjeux en matière de contraception chez les femmes vivant avec le VIH à l'ère du post « Swiss Statement», août 2019, 20 pages.