

Les femmes et le sida : où en sommes-nous ?
---

**RAPPORT** du colloque organisé par la section verviétoise du Conseil des Femmes Francophones de Belgique asbl le 30/01/2009

### ***1. Introduction.***

Béatrice Bodson-Pottier.  
Présidente du CFFB.

C'est un recoupement d'informations diverses qui a incité la section verviétoise du CFFB à s'interroger sur la situation des femmes par rapport à la pandémie de sida.

On constate en effet une forte augmentation des contaminations de femmes hétérosexuelles par leur partenaire. Une susceptibilité particulière à l'infection est effectivement le lot des femmes.

Dans certains pays, les risques de contamination par le virus HIV donnent une dimension particulièrement dramatique aux violences sexuelles perpétrées à l'encontre des femmes.

Ce colloque se consacre donc à un sujet d'actualité. En effet, la 53<sup>ème</sup> édition de la Commission de la condition de la femme de l'ONU, qui se déroulera à New York en mars prochain, s'intéressera au partage des responsabilités en hommes et femmes, particulièrement dans le contexte du traitement du sida.

### ***2. Pourquoi la femme est-elle plus vulnérable à l'infection par le VIH ?***

Dr Michel Moutschen  
Professeur d'immunologie et de maladies infectieuses à l'ULg et Directeur du Centre de référence sida au CHU.

La vulnérabilité des femmes à l'infection par le VIH est une réalité ; la contamination des femmes par le virus du sida est effectivement plus facile. En outre, les conséquences en sont plus graves, en raison de la problématique surajoutée de la transmission du virus à l'enfant lors de l'accouchement.

Les effets secondaires du traitement sont aussi plus fréquents chez les femmes. Enfin, les conséquences sociales de la maladie sont également plus lourdes.

La spécificité féminine de la pandémie de sida se définit par la conjonction de facteurs biologiques et socio-culturels.

#### **a) Facteurs socio-culturels.**

Globalement, la séroprévalence (qui se définit par le pourcentage de population contaminée) est plus importante dans les pays à faible niveau socio-économique, et particulièrement en Afrique.

C'est en Afrique centrale qu'est apparue la maladie, ce qui explique logiquement l'importante séroprévalence dans ce continent. Mais on constate également que les régions où l'épidémie explose sont caractérisées par la précarité économique, qui va de pair avec un moins bon contrôle des comportements à risque (la prostitution, notamment).

Si la séroprévalence est de 5% à Lumumbashi, elle atteint 40 % à Durban en Afrique du Sud, où l'épidémie est arrivée plus tardivement mais a trouvé un terrain socio-culturel favorable, à cause notamment du phénomène des viols, crimes « coutumiers » dans ce pays.

Certaines pratiques peuvent également augmenter le risque pour les femmes : par exemple, l'assèchement du vagin, parfois recherché, en Afrique, pour potentialiser les sensations, rend les muqueuses plus fragiles.

### **b) Facteurs biologiques.**

Le risque de contamination est le plus important lors de relations sexuelles par voie anale. Ce mode de contamination regroupe la majorité des cas.

Mais dans le cadre d'un rapport sexuel par voie vaginale, le risque d'être contaminé par le partenaire est plus important pour la femme. Ce phénomène est attribuable à l'existence d'une surface de muqueuse bien plus importante (la muqueuse vaginale, par rapport à la surface de muqueuse du gland).

Par ailleurs la muqueuse vaginale est plus facilement traumatisée (« micro-traumatismes ») au cours d'une relation sexuelle.

Par rapport à d'autres maladies sexuellement transmissibles comme l'hépatite B ou la syphilis, le sida est plutôt peu contagieux. Le risque de contamination par un partenaire n'est « que » de 1/500 dans le cadre d'une relation sexuelle ordinaire (le développement de l'épidémie résultant de phénomènes de contamination s'étendant sur plusieurs années).

Mais ce risque peut être bien plus important dans certaines situations qui concernent essentiellement les femmes : en cas d'irritation, d'inflammation (vaginose aspécifique), ou d'infection préexistante (autres MST). Les maladies impliquant une ulcération de la muqueuse, comme l'herpès, augmentent d'un facteur 10 le risque de contamination.

Tout ceci démontre l'importance d'une éducation ciblée sur les femmes.

On retrouve également une inégalité en défaveur des femmes dans le domaine des traitements ou des possibilités de prévention chimique.

Ainsi, des recherches ont été menées pour créer des substances microbicides à appliquer sur les muqueuses. Si ces substances sont effectivement efficaces in vitro, leur mise en place provoque une irritation qui favorise la contamination de la femme. La recherche doit donc s'orienter vers la mise au point de substances neutres, non irritantes.

Par ailleurs, on a constaté que l'administration, en urgence, juste avant un accouchement, d'une dose unique de traitement, en vue de protéger le bébé, risque de compromettre la réponse ultérieure de la femme au même traitement.

Enfin, il est significatif de constater que, en Afrique, suite à un dépistage, seulement 60 à 70 % des femmes viennent prendre connaissance du résultat. La crainte d'un diagnostic

positif, avec tout ce que cela implique de rejet et de difficultés familiales et sociales, conditionne une moins bonne prise en charge des femmes séropositives.

### 3. **Le point de vue du gynécologue : contraception, fertilité, grossesse et accouchement**

Dr Jean-Luc Deville  
Collaborateur et maître de stages à l'ULg  
Chef du service de gynécologie et obstétrique au CHPLT de Verviers

#### a) **Rappel de quelques statistiques :**

Il y a en Belgique environ 17.000 séropositifs, dont 3200 malades du sida. Il y a eu en tout 1700 décès depuis le début de l'épidémie.

Le nombre de nouveaux séropositifs par an s'élève à :

- 660 en 1985
- 1050 en 2003, soit 50 % d'augmentation.

Cette augmentation concerne essentiellement des femmes allochtones, chez qui la prévalence est de 1 à 2 ou 3 pour 1000 : ces femmes ont souvent un passé marqué par des violences sexuelles.

Chez les femmes autochtones, la contamination est toujours le plus souvent attribuable à des relations hétérosexuelles (91%), le reste étant attribuable à des aiguilles contaminées (toxicomanes « à l'aiguille »), dans une proportion de 8%.

Par contre, la contamination virale du bébé lors de l'accouchement est beaucoup moins fréquente qu'avant : moins de 1%.

#### b) **La prévention :**

Rien de neuf n'est à signaler. La seule technique efficace est l'utilisation du préservatif, qui doit donc faire partie de l'arsenal contraceptif de la femme séropositive.

#### c) **Le risque :**

En suite d'un rapport avec un partenaire infecté, le risque d'être contaminé est de

- pour le HIV : 0,1 %
- pour le chlamydia : 20 %
- pour la syphilis : 60 %
- pour le HPV (papillomavirus) : 40 à 60 %

#### d) **La conception :**

Qu'en est-il de la conception en cas de séro-discordance (lorsque l'un des deux partenaires est séropositif) ?

- si le partenaire masculin est séropositif : il faut promouvoir le don de sperme, car les tentatives précédentes de décontaminer le sperme ont échoué

- si le partenaire féminin est séropositif : on pratique une insémination avec le sperme du partenaire, ou une fécondation in vitro (car il y a souvent des problèmes d'infertilité)

L'insémination est le plus souvent réalisée en intra-cervical (insémination au niveau du col de l'utérus), en identifiant la période d'ovulation par échographie.

#### e) **La grossesse :**

Chez une patiente séropositive, la survenue d'une grossesse n'aggrave pas le cours de la maladie. Par contre, la grossesse d'une femme porteuse du virus comporte davantage de risques de fausse couche, de prématurité, de retards de croissance. Le risque d'infection durant la grossesse est également plus élevé dans la mesure où le HIV perturbe le système immunitaire.

Le risque de transmission mère-enfant augmente à l'accouchement ainsi que durant les dernières semaines de grossesse, parce qu'à ce moment la charge virale augmente.

#### f) **Suivi de la grossesse :**

Actuellement, les mesures préventives visant à protéger le bébé sont tellement efficaces que cela justifie un **dépistage** du HIV chez toutes les femmes enceintes.

L'objectif de base de la prise en charge est de **diminuer au maximum la charge virale**.

Au 1<sup>er</sup> trimestre, on procède à un bilan : sérologie, recherche de co-infection, réévaluation du traitement antérieur pour éviter les produits tératogènes (qui provoquent des malformations du bébé).

La prise en charge est pluridisciplinaire : obstétricien, infectiologue, pédiatre, psychologue, assistant social.

Une visite par trimestre est proposée chez le spécialiste HIV pour, notamment, suivre l'évolution de la charge virale et du taux de CD4, contrôler la tolérance au traitement, et corriger les effets secondaires.

Il est également important de traiter les autres infections qui peuvent survenir en cours de grossesse.

On procède à une tri-thérapie dès le deuxième trimestre, afin d'aboutir à une charge virale nulle à 26 ou 28 semaines de gestation.

Le traitement est choisi par l'infectiologue, en ciblant les produits non tératogènes.

Pour rappel, il existe plusieurs types de produits qui agissent sur des moments différents de la trajectoire du virus dans la cellule infectée.

Chez une femme enceinte séropositive, certains aspects doivent également être pris en compte : éviter les touchers trop fréquents (risque de micro-traumatismes), prévenir la rupture prématurée des membranes.

Bien entendu les ponctions de liquide amniotique doivent être évitées ou pratiquées dans des conditions très strictes.

En cas de risque de prématurité, le traitement par tri-thérapie sera commencé plus tôt.

### g) **L'accouchement.**

Pendant le travail d'accouchement, on ajoute une autre substance médicamenteuse (perfusion d'AZT), et on envisage la césarienne. Le nouveau-né est ensuite soumis à un traitement préventif (clampage rapide du cordon, lavage à l'hibiscrub, perfusion d'AZT).

Dans nos pays, l'allaitement est contre-indiqué.

Lorsque aucun traitement n'est appliqué, le risque de transmission mère-enfant est de 25 %. Il tombe à 6 % avec un traitement par l'AZT, et à moins de 1 % en cas de tri-thérapie assortie d'une césarienne.

Au moment de l'accouchement, l'obstétricien raisonne selon un arbre décisionnel,

- selon que la patiente est ou non sous traitement
- en fonction de la charge virale : l'accouchement par voie basse est autorisé si la charge virale est très basse, mais la césarienne est préconisée dans les autres cas.

On évitera l'utilisation des forceps et l'épisiotomie.

Une perfusion d'AZT est effectuée.

Dans tous les cas, il faut éviter les manœuvres traumatisantes, telles, par exemple, l'installation d'une électrode de monitoring sur le crâne du bébé, ou l'amnioscopie. Une rupture prématurée des membranes impliquera un renforcement du traitement.

En post partum, on effectue des soins préventifs pour le bébé, qui ne sera pas allaité. Quant à la maman, le traitement ne sera poursuivi que s'il est nécessaire.

Toutes ces démarches doivent prendre en compte le respect de la confidentialité (se pose la question de l'information du partenaire)

En résumé, la prise en charge d'une grossesse dans le cadre de l'infection par le HIV se base sur :

- un dépistage systématique
- l'autorisation de la grossesse au cas par cas
- la prise en charge pluridisciplinaire
- un arbre décisionnel devant amener à choisir entre voie basse et césarienne.

#### 4. **Grandir avec le VIH.**

Dr Véronique Schmitz

Pédiatre spécialisée dans la prise en charge des enfants vivant avec le VIH.

Lorsqu'on parle du suivi des enfants concernés par le VIH, il s'agit non seulement des enfants atteints (il y a 33.000.000 de séropositifs dans le monde, dont 2.000.000 d'enfants), mais aussi des orphelins du sida.

On estime qu'il y a en tout 12.000.000 d'enfants orphelins à cause du VIH, et qu'ils seront 14.000.000 en 2015.

##### a) **Prévention.**

L'infection des enfants par le VIH doit avant tout être prévenue. Mais se posent aussi les problématiques du diagnostic, de la clinique, du traitement et de l'adhésion au traitement.

Pour rappel, les modes de contamination sont la transfusion sanguine, les sécrétions sexuelles, l'allaitement, le partage de seringues et la transmission mère-enfant. C'est cette dernière éventualité qui représente la majorité des cas d'infection par le HIV chez les enfants et qui peut faire l'objet d'une prévention précise durant la grossesse, comme nous venons de le voir.

Les autres modes de contamination peuvent être combattus par la prévention visant à promouvoir le safe-sex auprès des adolescents notamment, et à réduire les risques chez les toxicomanes à l'aiguille, etc.

Concernant les protocoles de prise en charge de la naissance, il faut ajouter que la prévention pour le nouveau-né consiste en une prophylaxie (traitement préventif : Rétrovir 2 à 4 fois par jour pendant un mois, plus rarement une tri-thérapie).

Pour rappel, la contamination peut rester asymptomatique pendant plusieurs années. L'organisme fabrique des anticorps et augmente la quantité de lymphocytes CD4. Lorsque le système immunitaire s'affaiblit, le nombre de CD4 diminue et la charge virale augmente. Le but du traitement est donc de maintenir élevé le taux de CD4 et basse la charge virale.

Chez l'enfant contaminé à la naissance, la maladie évolue de deux manières possibles :

- dans 20% des cas, une forme évolutive précoce (encéphalopathie)
- dans 80% des cas, une forme analogue à la forme adulte, avec un risque cumulé de 5%, chaque année, de développer la maladie sida.

Le traitement permet probablement d'éviter la forme précoce.

##### b) **Diagnostic de l'infection chez le bébé né de mère séropositive**

Il se fonde sur des éléments différents selon que l'enfant a plus ou moins de 18 mois.

Avant 18 mois, l'enfant a les anticorps de sa mère, et est de toutes façons « séropositif ». Dans ce cas, on peut utiliser une autre méthode qui consiste à rechercher la présence du génome viral (l'ADN du virus lui-même). Si le virus n'est pas présent, on doit en principe assister à une diminution progressive du taux des anticorps.

Après 18 mois, s'il subsiste des anticorps, c'est qu'il s'agit des anticorps du bébé.

Il existe une classification des états cliniques des enfants selon les symptômes qu'ils présentent – qui peuvent aussi être absents ou très discrets. Cette classification en 4 degrés de gravité permet de décider à quel moment commencer le traitement.

#### c) **Traitement.**

Avant 6 mois, on procède à une thérapie antirétrovirale (ART) dès la certitude de l'infection.

Après 6 mois, le traitement est décidé selon les signes cliniques, le taux de CD4 et la charge virale.

Tous les médicaments ne sont pas encore disponibles sous des formes adaptées aux enfants, soit que l'autorisation ne soit pas accordée, soit que les présentations (comprimés) ne conviennent pas aux bébés.

#### d) **Adhésion au traitement.**

C'est le plus grand défi. Les formules ne sont pas adaptées aux enfants, les produits ont mauvais goût. L'entourage est très important, pour donner et surveiller la prise (surtout chez les adolescents).

Ces médicaments provoquent des effets secondaires variés : troubles digestifs, allergies, lipodystrophies (répartition anormale du tissu graisseux). Il existe aussi des interactions avec d'autres médicaments. Enfin, la pharmacocinétique (vitesse à laquelle les médicaments sont assimilés et diffusés dans le corps) de ces médicaments est différente chez l'enfant.

Une charge virale idéale, proche de zéro, ne peut être obtenue qu'avec une adhésion au traitement de 95 %, ce qui signifie pas plus d'une dose ratée par mois.

Les facteurs qui influencent l'adhésion au traitement sont la connaissance du diagnostic, le nombre de pilules, leur goût, les horaires de prise, l'âge de l'enfant (moins d'adhésion chez les adolescents), les caractéristiques de l'entourage, le stade clinique.

Un meilleur résultat est obtenu grâce à une collaboration de différentes instances (internistes, centres de référence sida, gynécologue, médecin traitant, services sociaux de l'ONE, de la crèche, des écoles...)

Il s'agit donc d'un travail d'équipe, médicale et paramédicale, psychologique et sociale, qui entoure la famille.

#### e) **L'annonce du diagnostic.**

Cette annonce est tout un processus et doit se dérouler progressivement, pour introduire d'abord la notion de virus, ensuite de HIV, puis de sida... et tout cela avant l'adolescence, avant le début de la vie sexuelle.

Il est primordial d'insister sur la différence entre séropositivité et maladie du sida.

A l'âge préscolaire, on utilise des contes symboliques. Ainsi l'histoire de Behki, le lionceau, qui fait un long voyage au cours duquel il doit récolter un rayon de soleil, un

morceau de mer rouge et une feuille d'arbre – symboles de la tri-thérapie. Le thème du secret est aussi développé.

Ensuite l'information se complète progressivement, selon des modalités qui tiennent compte du milieu (ex. au Rwanda, ces informations sont données à des groupes d'enfants atteints – le dessin est souvent utilisé pour faire émerger les émotions). On peut aussi utiliser l'imagerie pour expliquer le fonctionnement des cellules du sang, les modes de contamination, etc.

A partir de l'adolescence, il faut souvent recadrer l'information pour répondre aux questions que le jeune se pose sur son avenir.

L'annonce du diagnostic est souvent freinée par les parents qui redoutent de révéler leur propre séropositivité.

Grandir avec le HIV recouvre une série de notions très lourdes : la chronicité (vivre avec), la mort et le deuil, la stigmatisation, le secret et les secrets de famille. Comme le jeune ne se sent pas malade, il y a donc aussi un manque de repères corporels face à cette situation.

### **5. Consultations HIV dans un hôpital périphérique.**

Dr Robert Paulus.

Responsable de la cellule sida de Verviers.

Les statistiques démontrent que les patients séropositifs d'une région donnée ne vont pas forcément se faire soigner dans la ville où ils habitent.

Ainsi, en 2005, il y avait 49 patients soignés à Verviers, mais il y avait 23 Verviétois et 18 Eupenois soignés au CHU de Liège, 5 Verviétois et 5 Eupenois au CHR de la Citadelle, et 10 patients verviétois au CHC St-Joseph.

#### **Cas cliniques.**

❖ Une patiente de 29 ans consulte en 99. En 95 elle subit un dépistage suite à une morsure au doigt par une personne séropositive. Cet incident n'a pas été suivi d'un traitement prophylactique. On note malgré tout, en 2000, une charge virale très faible. La patiente est ensuite partie à l'étranger.

❖ Une patiente africaine de 27 ans se présente enceinte de 5 mois. Un premier enfant est décédé à 14 mois. Pour cette seconde grossesse, elle bénéficiera d'un traitement à partir du 7<sup>ème</sup> mois et puis d'une césarienne. Par la suite, le traitement sera maintenu chez la maman. A cette heure, l'enfant et la maman se portent bien.

❖ Une patiente de 38 ans enceinte, consulte au terme de sa grossesse et est diagnostiquée séropositive après l'accouchement. La charge virale étant très basse, aucun traitement n'est installé. Par la suite, la survenue d'une décompensation cardiaque est l'occasion de découvrir une charge virale très augmentée, et un traitement sera instauré.

Dans le même temps, on découvre un cancer du col de haut grade, et on procède à une conisation (on enlève la muqueuse du col). A noter que la patiente se trouve sans papiers ni revenus. A ce jour, l'enfant est bien portant.



❖ Une patiente de 37 ans, séropositive depuis 1987, est traitée par AZT et a une fille née en 98. Elle présente également des antécédents de toxicomanie, elle souffre d'une hépatite C et fume.

En 2006 elle présente des troubles psychiatriques. On diagnostique un infarctus, puis une toxoplasmose cérébrale. Le traitement améliore la situation, mais une lipodystrophie s'installe. Par ailleurs, une tumeur épidermoïde de la marge anale sera traitée par radiothérapie.

A noter la situation socio-économique précaire de la patiente.

❖ Une patiente de 40 ans, d'origine africaine, présente des antécédents de violences sexuelles subies. Elle est traitée depuis 2003 en Afrique. En 2007, on détecte des lésions cervicales qui entraîneront une hystérectomie. Les CD4 remontent.

Sa fille de 7 ans est soumise à un dépistage : elle est séropositive, mais avec une charge virale très basse, n'impliquant pas un traitement immédiat.

Ce relevé de cas cliniques reflète le profil général de la patientèle en consultation HIV :

- 20 % de patients autochtones
- 80 % d'allochtones, Africains surtout mais aussi originaires d'Europe de l'Est.

En 2008, nous avons 62 patients suivis au centre. Quelques nouveaux patients s'y ajoutent chaque année (ex. +13 en 2005).

## QUESTIONS/REPONSES

### **Question 1.**

*Que faut-il faire lorsqu'on a eu un rapport sexuel non protégé ?*

Dr Deville.

Il faut penser à la contraception du lendemain (Norlevo, sans ordonnance), et se poser la question de savoir si le partenaire était séropositif.

Dr Paulus.

En Belgique, le traitement prophylactique précoce n'est pas remboursé (contrairement à d'autres pays). Il doit être administré le plus tôt possible, et avant 48 heures. Il coûte 1400 €. Il faut donc évaluer s'il s'agit d'un rapport à risque (présence de plaies, par exemple).

Dr Moutschen.

Un rapport avec un partenaire séropositif représente un risque de contamination de 1/500, et 0,1% de la population est séropositive. A priori, le risque de base est donc très faible (1/500.000).

On n'envisage donc la prophylaxie que dans des circonstances particulières (viol, présence de plaies). On y recourt plus volontiers en France.

En Belgique, depuis un mois, ce traitement est remboursé si le médecin estime qu'il y a un risque important.

Il faut aussi tenir compte des effets secondaires.

Il n'y a donc pas de solution valable pour toutes les situations.

Et il faut se méfier des phobies de contamination. Certaines personnes se font dépister exagérément.

En général, on traite plus fréquemment si le partenaire est connu séropositif, s'il s'agit d'un viol, s'il s'agit d'un accident de travail avec piqûre d'aiguille (dans ce cas l'assurance-loi rembourse le traitement).

Le traitement prophylactique réduit le risque de contamination d'un facteur 10 à 100.

Dr Paulus.

Le timing est important. Après une semaine, le traitement est inefficace.

Dans le cadre d'un accident du travail, il faut évidemment réagir tout de suite.

Dr Moutschen.

Dans ces cas-là, il est également possible de faire procéder à un testing du contamineur potentiel : on peut obtenir un résultat en 2 heures.

### **Question 2.**

*Il serait souhaitable que la prévention soit dégagée des notions de maladie dans les animations pour les enfants en bas âge. Il est également important que les enfants puissent s'exprimer à propos de leur corps, de leurs représentations de la maladie.*

Dr Schmitz.

Il est préférable de faire des informations générales systématiques en début d'année, afin de ne pas stigmatiser l'enfant malade par une intervention ciblée et ponctuelle.

Rappelons que les parents ne sont pas obligés de déclarer la maladie, mais on les y encourage (pour l'hépatite B aussi...).

Il convient de pouvoir donner aux enfants accès à la connaissance de leur corps.

Les Centres de Planning familial ont un rôle à jouer (mais ce type d'intervention n'est pas obligatoire dans les écoles).

### **Question 3.**

*Le sida est-il une maladie susceptible de justifier une demande d'euthanasie ?*

Dr Paulus :

Non, car le stade sida est le plus souvent réversible grâce au traitement.

*Mais qu'en est-il si le patient refuse le traitement ?*

Dr Paulus :

S'il s'agissait d'un cancer, je dirais oui, parce qu'il y a des situations où on estime à 95% le risque d'échec du traitement. Mais ce n'est pas vrai en ce qui concerne le sida. Il y a de nombreux patients sous traitement qui vivent une vie normale.

A un patient qui souhaiterait une euthanasie, il faudrait donner des informations sur les traitements, sur les débouchés positifs...

La situation est différente évidemment s'il y a une démence ou un cancer associé. Mais le sida n'est pas une maladie ciblée dans l'esprit de la législation sur l'euthanasie.

Il faut donc avant tout informer le patient que les traitements sont efficaces (on peut faire l'analogie avec le diabète), et éventuellement faire une évaluation psychiatrique.