

Le désir d'enfant en cas d'infection par le VIH. Quelle place pour l'assistance médicale à la procréation ?



JP Van Vooren¹
et Y Englert²

1 Unité de traitement des Immunodéficiences

2 Clinique de fertilité et Centre de FIV de l'Université de Bruxelles
Hôpital Erasme – Route de Lennik, 808 – 1070 Bruxelles

Le VIH est un fléau à l'échelle mondiale. Son contrôle est difficile compte tenu des conditions socio-économiques médiocres dans lesquelles évoluent les personnes infectées dans les pays défavorisés de la planète. L'évolution y reste souvent fatale par manque de soins et de disponibilité des thérapies dont l'usage est pourtant bien standardisé dans les pays nantis.

Le suivi des personnes traitées en Europe, en Amérique du Nord et en Australie montre que, moyennant une compliance stricte, la réinsertion sociale, professionnelle et familiale d'une femme ou d'un homme infecté par le VIH est possible. Leur qualité de vie augmente. Il est donc redevenu normal pour eux de penser à l'avenir et d'évoquer, puisqu'il s'agit souvent de personnes jeunes, l'espoir de donner la vie, de « se reproduire », de transcender la mort dont la perspective est repoussée. Les médecins qui accompagnent, encouragent et responsabilisent les « séropositifs » sont très proches d'eux ; c'est souvent à eux ou à un intervenant de leur équipe, confidant rencontré lors de l'annonce du diagnostic, que sera ultérieurement exposé un désir d'enfant.

Des enfants nés apparemment non infectés par leur mère, elle-même infectée

Traditionnellement, le conseil donné aux couples dont l'un des membres est porteur du VIH est de ne pas s'engager dans un tel projet. Néanmoins, ces couples sont généralement fertiles, rien ne peut donc les empêcher de négliger des recommandations parfois formulées trop sèchement, et de concevoir malgré tout un enfant en courant des risques.

Certains gynécologues spécialisés dans l'assistance médicale à la procréation (AMP) acceptent depuis les années 80 de réaliser des inséminations artificielles avec don de sperme lorsque l'homme est infecté mais ils le font dans un climat de controverse. Actuellement, l'espérance de vie écourtée de la personne porteuse du VIH n'est plus un argument suffisant pour refuser systématiquement les demandes d'AMP. Par contre, la contamination de la partenaire reste possible de même que celle de l'enfant à venir. Des techniques de lavage de sperme ont été développées qui semblent réduire significativement ces risques de transmission. En cas d'infection de la femme, le traitement efficace pendant la grossesse est possible ; les facteurs influençant la transmission verticale du VIH sont également mieux connus depuis quelques années et peuvent être partiellement maîtrisés. Dans notre hôpital, deux grossesses ont été obtenues avec assistance médicale, les deux enfants sont nés apparemment non infectés par le virus de leur mère.

Les praticiens, tant gynécologues que spécialistes du VIH, sont aujourd'hui confrontés à des demandes de plus en plus insistantes et obligés de reconsidérer leur attitude. Le débat éthique est évident et poignant. Nous l'aborderons en précisant au préalable l'état des connaissances médicales et scientifiques actuelles.

La transmission du VIH lors d'un rapport hétérosexuel

Pour une fréquence identique de rapports sexuels avec pénétration vaginale, le risque de transmission du virus augmente avec le nombre de partenaires. Il est donc nettement moins élevé au sein de couples stables que, par exemple, dans le cadre de la prostitution. La coexistence de maladies sexuellement transmissibles, le sexe du partenaire, la sévérité de la maladie, la nature des pratiques sexuelles et la charge virale font varier ce risque. Le virus se distribue dans l'organisme au moment de la séroconversion. Certains compartiments comme les organes et le tractus sexuels peuvent, au bout de quelques années, contenir des souches virales différentes de celles présentes dans le plasma.

Des corrélations ont pu être établies entre les charges virales spermatiques et des sécrétions vaginales d'une part et celles sanguines correspondantes d'autre part ; elles ne sont cependant pas absolues. Des discordances, peu fréquentes, mais imprévisibles ont été mises en évidence.

L'usage du préservatif lors des rapports sexuels reste donc toujours fermement recommandé. Son abandon occasionnel dans le but de procréer ne peut être considéré comme dépourvu de risque pour le ou la partenaire de la personne infectée.

Zidovudine contre transmission verticale : un succès évident mais non dépourvu de risques

En l'absence d'intervention médicale, en Europe et en Amérique du Nord, 15 à 20 % des nouveau-nés de mères séropositives sont contaminés par le VIH. Ces pourcentages sont encore plus élevés sur le continent africain. La transmission peut se dérouler in utero, pendant l'accouchement ou lors de l'allaitement. Dans les pays nantis, l'allaitement étant contre-indiqué car il peut être évité, on peut estimer que 75% des transmissions verticales se passent lors de l'accouchement. Depuis la publication de la première étude américaine montrant l'intérêt du recours à la zidovudine, toutes les observations consécutives ont confirmé l'impact majeur des traitements administrés à la mère et/ou à l'enfant, pendant des périodes prolongées ou courtes entourant la naissance. La réalisation d'une césarienne permet-elle aussi de réduire significativement le risque de contamination du nouveau-né. En combinaison avec le traitement médicamenteux, l'utilisation systématique de cette procédure chirurgicale invasive est rentable en terme de coût-efficacité, l'incidence résiduelle de transmissions verticales étant réduite à 1%.

L'enthousiasme doit néanmoins rester pondéré. La prescription de molécules antivirales en monothérapie peut induire des résistances qui hypothèqueront les chances de succès d'une approche similaire lors d'une grossesse ultérieure ou d'une tentative de traitement efficace de la mère. La toxicité des molécules n'est, elle non plus, pas exclue à long terme. Des pathologies neurologiques néo-natales liées à des atteintes mitochondriales probablement induites par la zidovudine prescrite en mono- ou bi-thérapie en fin de grossesse ont été décrites, elles semblent rares. La prématurité pourrait être plus fréquente de même que l'apparition de perturbations hématologiques transitoires.

L'objectif est de traiter la mère et de protéger l'enfant à naître. Des stratégies claires devront être définies si la supervision médicale doit être assurée dès la procréation.

Les spermatozoïdes eux-mêmes peuvent-ils être vecteurs du VIH ?

La présence de virus a été mise en évidence, après autopsie, dans tous les leucocytes isolés du tractus génital masculin. Le sperme contient des particules virales infectantes dans sa fraction liquide et dans sa fraction intracellulaire, même lorsqu'il s'agit d'individus vasectomisés. Il n'est donc pas étonnant que, en l'absence de rapport sexuel, l'utilisation de sperme de donneur (insémination artificielle) ait pu transmettre le VIH. Un délai de six mois permettant de confirmer l'absence d'infection du donneur

est actuellement observé avant décongélation d'un prélèvement. Le lavage du sperme séparant les spermatozoïdes des autres cellules et éliminant la fraction liquide permet une réduction très importante de la charge virale au point de la rendre indétectable par les techniques d'amplification moléculaire actuellement disponibles. Il est cependant encore aujourd'hui impossible d'établir si oui ou non les spermatozoïdes eux-mêmes peuvent être vecteurs du VIH.

L'expérience de certains groupes est importante dont celle de Semprini à Milan qui réalise des inséminations intraconjugales avec sperme lavé depuis plusieurs années. D'autres séries ont été présentées par différents groupes européens. Aucun cas de contamination n'a été déclaré mais le suivi des enfants est parfois incomplet et aucune publication rigoureuse n'est disponible pour analyse. Il faut signaler qu'en utilisant une méthode très proche, une équipe américaine a rapporté un cas d'infection chez un nouveau-né au début des années 90.

L'aide à la procréation de femmes infectées par le VIH n'est pas abordée dans la littérature médicale. Il est pourtant connu que de nombreux centres répondent positivement aux demandes de certaines patientes dans le but d'éviter la contamination de leur partenaire ou en cas d'infécondité (plus fréquente en cas d'infection par le VIH) associée.

Quelques considérations éthiques

Le médecin spécialiste du VIH déploie une grande énergie à convaincre les personnes séropositives de prendre des médicaments et de s'astreindre à le faire régulièrement. Il s'efforce également de distribuer une information correcte, complète et compréhensible en promouvant l'utilisation de moyens de protection pour le partenaire et de contraception efficace pour éviter la transmission verticale. Ce spécialiste tente d'aider non seulement son patient mais également l'entourage de celui-ci en évitant de perturber une relation thérapeutique souvent élaborée dans la hâte. Le discours est clair et honnête afin de ne pas provoquer des déceptions souvent génératrices d'échecs thérapeutiques.

Lorsque le désir d'enfant est exposé, une écoute adaptée permet d'examiner ouvertement la situation. Les réponses catégoriques sont évitées, elles pourraient engendrer un comportement de fuite à l'égard des structures de soins ou encourager le recours à des rapports sexuels non protégés, ce qui constituerait un double échec pour le médecin et/ou son équipe.

Le spécialiste en AMP est souvent consulté indépendamment ; s'il donne un avis différent, il induira inévitablement une perte de confiance de la personne porteuse du VIH envers le monde médical.

La survie potentielle du candidat parent infecté ne constitue plus en 2001 un obstacle à la procréation. Seuls les risques de contamination de la partenaire (homme porteur du VIH), du partenaire et de l'enfant (femme porteuse) sont des arguments défavorables sur le plan éthique. Le recours au sperme de donneur peut constituer une alternative dans le premier cas. Certains couples l'ac-

ceptent, d'autres la refusent mais il ne permet pas de résoudre la problématique lorsque la femme est infectée.

Nous avons pris le parti, au sein de notre hôpital, gynécologues spécialisés en PMA et internistes, d'analyser ensemble toute demande en intégrant les données médicales relatives à l'évolution individuelle de l'infection par le VIH à celles plus spécifiques de la fertilité ou des motifs sous-jacents à la demande d'enfant. Ce désir d'enfant est, pour certaines personnes infectées, très important, il constitue un pas essentiel vers la réintégration sociale et familiale que les équipes médicales préconisent toutes.

La démarche est difficile pour les couples. Le dialogue et la multiplication du nombre des intervenants favorise la collecte correcte des données. L'AMP n'est, dans le cas précis de l'infection par le VIH, pas un remède à l'infertilité mais un moyen d'améliorer la qualité de vie des couples infectés. Notre but est de conserver la confiance des patients tout en minimisant les risques de transmission qui doivent être mis en balance avec des facteurs humains incontournables. Au terme de l'analyse, si l'équipe accepte de fournir une assistance, il faut se rappeler que la décision de prendre le risque d'avoir un enfant est assumée exclusivement par les membres du couple, ce qui se traduit par la conclusion écrite d'un contrat moral.

Les messages de prévention sont toujours maintenus, l'intervention médicale peut être comprise comme un moyen d'en rappeler l'efficacité.

Conclusion

Une réflexion centrée sur l'analyse du désir d'enfant plutôt que sur les aspects purement méthodologiques est aujourd'hui nécessaire. Nous pensons que la volonté de procréer exprimée soit aux équipes d'AMP soit à celles chargées de la prise en charge de l'infection par le VIH apparaît logiquement au sein de couples d'individus jeunes dont le pronostic est nettement amélioré par les traitements disponibles. Le dilemme éthique que pose cette demande doit être envisagé de manière globale et interactive par des équipes pluridisciplinaires élargies regroupant tous les spécialistes nécessaires. Toute demande est par principe recevable. Les réponses aux couples doivent être motivées. Les indications d'AMP devront se modifier en fonction des données médicales et de l'évaluation constante des résultats obtenus. Seule une démarche scientifique, rigoureuse et homogène permettra de concilier l'accès à la parentalité pour les personnes infectées par le VIH et le maintien des messages de prévention. Il est également nécessaire de prendre toutes les précautions nécessaires et d'implémenter des procédures adaptées pour éviter tout risque de contamination inter-patient et au niveau de l'équipe. Pour notre part, nous avons pris le parti de créer un laboratoire indépendant réalisant des contrôles réguliers de sécurité.

Référence

Y ENGLERT, JP VAN VOOREN, C LIESNARD, C LARUELLE, A DELBAERE. Assistance médicale à la procréation et désir d'enfant de couples infectés par le VIH : le temps d'un changement d'attitude est-il venu ? *Gynécol Obstétr Fertil.* 2001 ; 29 : 339-48

Conférence Sida Barcelone



Ouagadougou 1997

Malgré la prévention
l'Afrique meurt du sida.



les livres
2002
de la SETHS
sont en vente dans toutes
les bonnes librairies