

Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 110 (2012)
Heft: 4

Artikel: "VIH et grossesse vont très bien ensemble"
Autor: Vernazza, Pietro / Kamber, Rainer
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-949361>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 06.04.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

complexes, de l'état des connaissances et de la réceptivité de la patiente ou du patient. Les difficultés de compréhension qui seraient dues à des connaissances linguistiques manquantes ou défailtantes doivent être compensées par une traduction professionnelle.

- *Compétence transculturelle*: Si le patient(e)s ont un passé de migrant(e)s et viennent d'un milieu culturel tout différent, leurs idées des valeurs fondamentales, leurs demandes personnelles et leurs besoins propres peuvent se distinguer considérablement de ceux des professionnels de la santé. De pareilles situations exigent le respect et la compréhension par les professionnels de la santé face aux comportements particuliers et beaucoup d'empathie ainsi qu'une connaissance suffisante des différences culturelles (qualifiée de «compétence transculturelle») en présence des particularités de leurs patient(e)s. C'est alors la seule manière de pouvoir construire une relation de confiance et un réel partenariat.
- *Respect de la décision*: Si la patiente ou le patient exprime, après une explication préalable, un refus face à une mesure proposée, cette décision doit être respectée par les professionnel(le)s de la santé dans le sens du droit à l'autodétermination.
- *Documentations*: Comme, en cas de litige, le fardeau de la preuve d'une explication correcte, réalisée selon les bases légales, incombe à un professionnel ou une professionnelle de la santé, il est important qu'une documentation adéquate soit réunie à cette fin. En cas d'interventions invasives, il est recommandé de faire signer une déclaration par les patient(e)s, selon laquelle ils ou elles reconnaissent avoir été au préalable suffisamment informé(e)s des mesures médicales. ◀

*Traduction approuvée par l'auteur:
Josianne Bodart Senn*

Epidémiologie et Prévention

«VIH et grossesse von»

La très efficace thérapie antirétrovirale parvient à éliminer quasi totalement le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant durant la grossesse et l'accouchement. Par ailleurs, en supprimant intégralement la réplication virale, cette même thérapie permet une conception naturelle aux couples sérodiscordants sans risque d'infection à VIH pour la femme ou l'homme. Et en raison de l'allongement de l'espérance de vie dont peuvent bénéficier les personnes séropositives qui entament une thérapie à temps, plus rien ne s'oppose à une paternité ou à une maternité de parents séropositifs dans la plupart des cas. Il s'agit là d'un pas important vers une normalisation de l'infection à VIH.



Pietro Vernazza est infectiologue et médecin-chef de l'Unité d'infectiologie et d'hygiène hospitalière à l'Hôpital cantonal de Saint-Gall. Chercheur de réputation mondiale dans le domaine du VIH/sida, il est depuis 2008 président de la Commission fédérale pour les problèmes liés au sida (CFPS). Le professeur Vernazza est connu tout spécialement pour ses recherches sur l'infectiosité VIH. Dans le cadre de l'Etude suisse de cohorte VIH (SHCS), il a dès 1999 écrit sur le thème de la virémie contrôlée et publié des articles remarquables dans les principales revues scientifiques sur le VIH.

SAN: *Au début du 2009, un an après sa déclaration concernant la non-infectiosité sous thérapie antirétrovirale (TAR), la CFPS a publié une actualisation des recommandations relatives à la prévention de la transmission mère-enfant. Et cette fois encore, la TAR joue les premiers rôles dans la prévention. Un hasard?*

Pietro Vernazza: Le moment de l'annonce, oui. Les travaux préparatoires ont été laborieux et se sont déroulés tout autrement que ceux du 2008 sur la non-infectiosité en cas de virémie supprimée. La transmission mère-enfant est, typiquement, une thématique interdisciplinaire qui commandait la collaboration avec des gynécologues, des néonatalogues et des pédiatres. Cela explique que le résultat reflète un compromis entre les positions de ces différentes spécialités.

Mais ici aussi, c'est le contrôle de la transmission du VIH via la suppression de la virémie qui est au centre. La TAR

joue-t-elle donc également un rôle clé dans la prévention du VIH pendant la grossesse et à l'accouchement?

C'est juste. Grâce à un suivi thérapeutique rapproché pendant la grossesse, le risque de transmission à l'enfant est pratiquement négligeable. On peut ainsi renoncer à l'infusion complémentaire de zidovudine à l'accouchement par voie

«Grâce à un suivi thérapeutique rapproché pendant la grossesse, le risque de transmission à l'enfant est pratiquement négligeable.»

basse, comme recommandé jusqu'alors. Les infectiologues auraient aussi volontiers renoncé à la prophylaxie post-expositionnelle (PEP) de quatre semaines administrée aux nouveau-nés. Mais nous sommes convenus qu'il importait de tenir compte également des aspects psycho-

«rès bien ensemble»

logiques et juridiques entourant la naissance, c'est pourquoi nous avons maintenant la PEP.

En lisant les mises à jour, on constate que rien n'a changé pour ce qui concerne l'allaitement. La CFPS déconseille aux femmes VIH-positives d'allaiter, même si elles suivent une TAR efficace. Pourquoi?

Cette recommandation n'est pas à voir en relation directe avec le risque de transmission du VIH, vu que ce risque est négligeable si la mère est sous TAR. Le problème, c'est plutôt que les effets à long terme des médicaments VIH sur le nourrisson ne sont pas encore assez connus. Notre dilemme est le suivant: sans thérapie de la mère, cela ne va pas parce que le risque de transmission serait trop élevé; avec thérapie, cela ne va pas non plus à cause des effets secondaires possibles des médicaments que le nourrisson absorberait via le lait maternel. Quelques experts auraient préféré les effets positifs de l'allaitement aux éventuels effets négatifs d'une faible quantité de médicaments dans le lait maternel. Malheureusement, il nous faut pour l'heure vivre avec ce dilemme.

Dans les pays industrialisés, et donc en Suisse, on déconseille aux mères séropositives d'allaiter. Mais dans les pays en développement, on recommande au contraire depuis peu aux femmes d'allaiter. Contradiction?

La situation dans les pays aux faibles ressources est tout à fait différente. Là, le problème réside dans le fait que les laits de formule doivent être préparés avec de l'eau. Or l'eau y est non seulement rare, mais aussi souvent polluée. Il ressort de plusieurs études que les nourrissons nourris de la sorte meurent nettement plus fréquemment d'une infection due à l'eau polluée que du VIH qui leur aurait été transmis via le lait maternel. Dans ces pays, l'allaitement est donc l'option la plus sûre, même si le VIH peut être transmis de la sorte. Chez nous, c'est tout le contraire. L'allaitement, en raison des effets secondaires possibles des médicaments antirétroviraux, est potentiellement le risque le plus grand pour l'enfant, car le lait en poudre peut être préparé chez nous absolument sans aucun problème. Evidemment, l'avantage de l'allaitement en soi n'est nullement contesté,



Photo: m&M

mais les mères VIH-positives sont dans une situation spéciale.

Les recommandations actualisées du 2009 concernent exclusivement les femmes séropositives. Les hommes séropositifs qui souhaitent devenir pères ne sont mentionnés que de manière marginale.

«La fécondation traditionnelle «planifiée» est une option plus agréable pour le couple, et le taux de réussite est nettement plus élevé.»

Cela s'explique en premier lieu par l'histoire de la prévention dans le domaine parentalité et VIH. Jusqu'ici, cette prévention était du ressort exclusif de la médecine de reproduction, avec l'option du lavage de sperme pour l'homme séropositif et de la fécondation artificielle de leur compagne séronégative, un processus en partie réglementé dans des directives internationales. Les recommandations de la CFSP du 2008 impliquent bel et bien les hommes dans le contexte de la conception, en déclarant que l'homme dont la virémie est indétectable sur la durée n'est pratiquement plus infectieux sexuellement.

Quelles sont les expériences faites jusqu'ici dans ce domaine?

En 2006, nous avons attiré l'attention sur cette thématique dans une revue scientifique et, en 2007, présenté une étude sur notre programme de conception naturelle à la Conférence annuelle de l'International

AIDS Society à Sydney. Nous avons pu montrer que la fécondation traditionnelle «planifiée», c'est-à-dire au moment de l'ovulation, combinée à une thérapie antirétrovirale dans les couples où l'homme est séropositif, était une option tout à fait satisfaisante. Outre que le procédé est meilleur marché que la reproduction assistée avec lavage de sperme et fécondation artificielle, il est aussi plus agréable pour le couple, sans compter que le taux de réussite est nettement plus élevé.

Les couples qui souhaitent avoir des enfants acceptent-ils ces faits? Ou préfèrent-ils opter pour la procréation assistée pour des raisons de sécurité?

Il est normal que les couples sérodifférents veuillent réduire au maximum le risque de transmission du VIH. Nous pouvons aujourd'hui leur proposer davantage d'options. Le safer sex et une TAR efficace permettent en principe de maintenir le risque de contamination à un minimum. Relevons que de nombreux couples continuent d'utiliser le préservatif même si le partenaire séropositif suit une TAR, pour plus de sûreté. La conception naturelle d'un enfant avec un homme séropositif relève du même ordre d'idées. Bien sûr, pour que fécondation il y ait, il faut renoncer au préservatif, mais la femme séronégative a en plus l'option de la prophylaxie préexpositionnelle (PrEP). Pris correctement, un médicament anti-VIH contribue à réduire encore le risque d'infection. En outre, le couple peut minimiser le risque d'exposition au VIH en renonçant au préservatif uniquement au moment de

l'ovulation. C'est dire qu'avec la palette des mesures de protection possibles, nous pouvons répondre à des exigences de sécurité plus élevées.

Vous avez dans l'intervalle une longue expérience dans la communication des risques à l'Unité d'infectiologie à Saint-Gall.

Je pense qu'il vaudrait la peine d'élaborer des lignes directrices en matière de consultation. On pourrait y retenir notamment quelles informations de sécurité devraient être systématiquement communiquées. En outre, nous pourrions donner un soutien «technique» dans la communication des risques. Nous faisons de bonnes expériences avec l'approche comparative: par ex. une TAR efficace protège-t-elle aussi bien que le préservatif? Comme l'effet de protection du préservatif est bien connu, il peut servir de référence pour évaluer l'effet de la TAR. Bien sûr, il y aura toujours des gens plus sceptiques et plus prudents que d'autres. Dans ce contexte, la déclaration de la CFPS a également la fonction d'une prise de position scientifique, qui confère plus de crédibilité à la TAR en tant que mesure de prévention.

Avez-vous l'impression que les patients se sentent en sécurité absolue avec le préservatif et ont dès lors de la peine à admettre un risque résiduel sous TAR?

Pas vraiment. Nos patients semblent se rendre compte du fait que même le préservatif ne peut garantir une sécurité à 100%. Nous pouvons donc partir de cette estimation réaliste pour la communication des risques sur la TAR efficace. ◀

Nous vous remercions, monsieur Verazza, pour cet entretien intéressant.

Entretien mené par Rainer Kamber.

Rudin C., Nadal D., Hösli I., Flepp M. pour la Commission clinique et thérapie VIH/sida (CCT), «VIH, grossesse et accouchement. Mise à jour des recommandations pour la prévention de la transmission verticale du VIH», Bulletin OFSP 5/09, pp. 70–76.

Elzi L., Flepp M., pour la Commission d'experts clinique et thérapie VIH/Sida (CCT), «Recommandations de la Commission d'experts clinique et thérapie VIH/sida (CCT) pour le début d'un traitement antirétroviral chez les adultes infectés par le VIH» OFSP 27/11, pp. 565–568, www.bag.admin.ch/dokumentation/publikationen

Parution originale:
Swiss Aids News, édition spéciale,
été 2011, p. 58–60, Aide Suisse centre
le Sida, Zurich.

Ouverture de La Roseraie

Une nouvelle maison de naissance à Genève

Une nouvelle maison de naissance a ouvert ses portes en Suisse romande

le 9 janvier 2012. Le canton de Genève accueille La Roseraie, résultat

réjouissant d'un long processus de tractations et de beaucoup d'heures

de travail bénévole.

Josianne Bodart Senn

«Une belle aventure», précise Odile Evéquo, une des initiatrices du projet. L'aventure a réellement commencé en 2008. Un groupe de cinq sages-femmes, toutes membres actives de l'Arcade sages-femmes et pour certaines d'entre elles, sages-femmes agréées pendant plusieurs années, nourrissent le projet commun d'ouvrir une maison de naissance à Genève. Elles ont d'abord cherché un lieu et des fonds. Certaines communes genevoises, la section genevoise de la Fédération des sages-femmes, l'Arcade sages-femmes, ainsi que la Loterie Romande et la Fondation Wilsdorf ont généreusement soutenu le projet. Mais, jusqu'en 2009, le lieu restait introuvable.

C'est par hasard que le groupe a découvert La Roseraie, au numéro 3 du Chemin du Châtelet, belle villa entourée d'un grand jardin, située dans un quartier très calme, à 200 mètres derrière la Maternité des HUG. Les sages-femmes apprennent avec étonnement que cette maison appartient à la Ville de Genève. Longtemps demeurée inoccupée, puis louée pendant deux ans à des squatteurs, la maison était dans un piteux état.

«Heureusement, un des magistrats a pris notre projet à cœur et il nous a beaucoup aidé», précise Odile Evéquo. La Ville a décidé d'attribuer la villa au projet, de prendre en charge une grande partie de sa réfection et de la louer au groupe de sages-femmes, constitué en association. Les travaux ont pris plus de temps que prévu et ne se sont terminés qu'à la fin de l'année 2011. C'est à ce moment-là également que La Roseraie a été inscrite dans la liste hospitalière du canton, grâce à la motivation et à l'effort soutenu des sages-femmes pour la faire reconnaître.

Un suivi global de la grossesse aux suites de couches

La nouvelle maison de naissance fonctionne depuis janvier 2012 avec six sages-femmes. L'équipe serait très heureuse d'accueillir deux nouvelles sages-femmes en son sein. Fin février 2012, La Roseraie compte déjà deux naissances. Sans faire de publicité et avant qu'ait eu lieu l'inauguration officielle que le Conseil administratif de la Ville doit organiser, les inscriptions affluent. Ainsi, 60 à 80 naissances sont projetées pour l'année 2012.

La Roseraie dispose de deux salles d'accouchement et de deux chambres où les parents peuvent séjourner avec leur enfant après la naissance (de un à quatre jours). En outre, il y a une grande salle donnant sur le jardin, disponible pour la préparation à la naissance, une salle à manger, une salle de consultations, une chambre de garde et un bureau.

Les sages-femmes de La Roseraie travaillent en équipe. Chaque nouvelle future maman est reçue par une seule sage-femme qui la suivra durant toute la grossesse et à son retour à domicile. Durant la grossesse, l'équipe fait en sorte que les futurs parents rencontrent aussi les autres sages-femmes de l'équipe (cours de préparation en groupe, soirées de rencontre).

Pour ce qui est de l'accouchement (toujours accompagné par deux sages-femmes) et du séjour en maison de naissance, c'est le tour de garde qui décide: ce seront les deux sages-femmes de garde à chaque jour et à chaque nuit qui se chargeront des visites et de la présence. Aux yeux des six sages-femmes de l'équipe, cette manière de faire est la meilleure pour assurer à la fois une qualité du travail et un temps de repos indispensable, donc la longévité du projet. ◀

Pour suivre cette «belle aventure», rendez-vous sur: www.maisondenaissancelaroseraie.ch