

Parent au positif : une série de webinaires sur le VIH et la maternité/paternité

IHPREG rassemble les acteurs de l'Ontario qui sont impliqués dans la recherche et la prestation de services liés au VIH dans le cadre de la conception, de la grossesse et de la période postnatale.

CATIE offre de l'information à jour et impartiale sur le VIH et l'hépatite C au Canada.

abbvie

Nous remercions AbbVie pour leur soutien.



IHPREG
INTERDISCIPLINARY
HIV PREGNANCY
RESEARCH GROUP



Parent au positif : une série de webinaires sur le VIH et la maternité/paternité

La vie avec bébé : Enjeux et stratégies pour parents positifs

Avec la participation de la Dre Fatima Kakkar, CHU Sainte-Justine et Université de Montréal, de Gary Lacasse, Directeur de la Maison Plein Cœur et de membres de la communauté.

Lundi 8 juin 2015
13 h - 14 h 30 HE



IHPREG
INTERDISCIPLINARY
HIV PREGNANCY
RESEARCH GROUP



Planifier une grossesse en 2015 : quelles options pour les personnes et les couples affectés par le VIH?



La Dre Mona Loutfy MD, FRCPC, MPH est professeure agrégée et clinicienne chercheuse au Women's College Hospital de l'Université de Toronto. Sa pratique clinique se situe au Maple Leaf Medical Clinic qui offre des soins à plus de 2700 personnes vivant avec le VIH à Toronto; elle est également directrice de la recherche de la clinique. Elle s'intéresse aux femmes et au VIH, avec une attention particulière portée à la santé sexuelle et reproductive. Elle a lancé le Woman and HIV Research Program au Women's College Research Institute en 2006 afin de pouvoir réaliser ces activités. La Dre Mona Loutfy consacre également son temps à travailler avec les femmes vivant avec le VIH dans les communautés rurales et éloignées de la Saskatchewan.



IHPREG
INTERDISCIPLINARY
HIV PREGNANCY
RESEARCH GROUP



CATIE et l'IHPREG coprésentent :

Planifier une grossesse en 2015 : quelles options pour les personnes et les couples affectés par le VIH?

Mona Loutfy, MD, FRCPC, MPH

Spécialiste des maladies infectieuses et chercheuse clinique
Women's College Research Institute, Women's College Hospital &
Maple Leaf Medical Clinic, Toronto, ON

Divulgation

**Aucun conflit d'intérêt à déclarer
concernant ce travail**

Objectifs

1. Examiner les facteurs associés à la pertinence croissante de la fertilité dans le contexte du VIH
2. Examiner les enjeux de la fertilité en lien avec le VIH
 - en particulier quant à sa transmission horizontale
3. Examiner le travail du Programme canadien sur la fertilité et le VIH
 - notamment les Lignes directrices canadiennes en matière de planification de la grossesse en présence du VIH (LDCPGV)
4. Répondre à toute question sur le VIH et la planification de la grossesse

Contexte

- **Considérant :**
 - **La mortalité décroissante liée au VIH (espérance de vie moyenne de 50 à 60 ans après le diagnostic, avec ARV, pour une personne jeune*)**
 - **La proportion croissante des personnes vivant avec le VIH qui sont des femmes (51 % dans le monde, 23 % au Canada)**
 - **Une majorité des personnes vivant avec le VIH en âge de procréer (> 80 %)**
 - **Les méthodes actuelles pour réduire à < 1 % le risque de transmission verticale**
- ⇒ Des personnes vivant avec le VIH seront intéressées par la PLANIFICATION DE LA GROSSESSE**

* The Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration, Life expectancy of individuals on combination antiretroviral therapy in high-income countries: a collaborative analysis of 14 cohort studies. *Lancet*. 2008; 372(9635):293 -9.

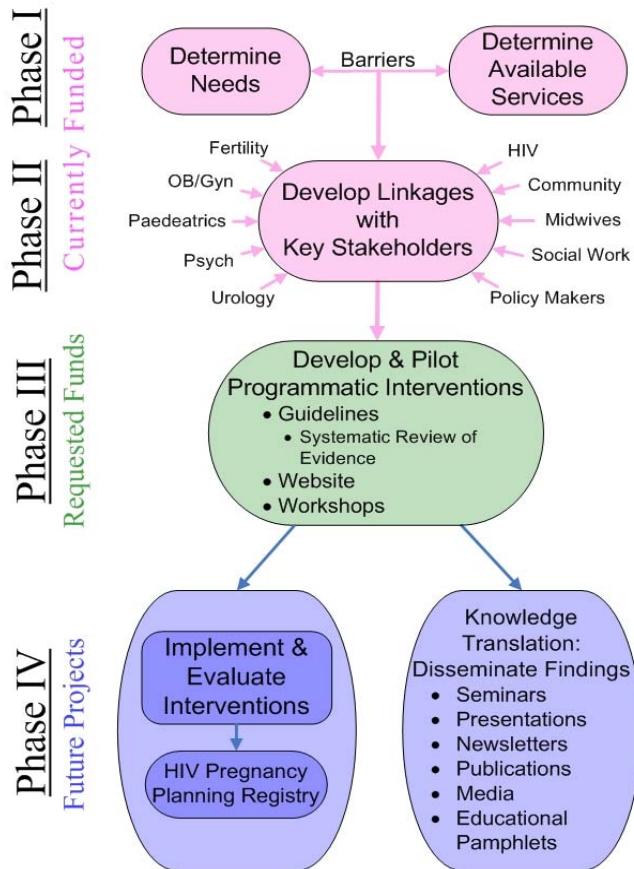
Étude transversale pour évaluer les désirs et intentions liés à la fertilité

N = 490 femmes ontariennes séropositives au VIH en âge de procréer

Résultat	
Fertilité désirée (N = 475)	69 % (95 % IC, 64-73 %)
0	31 %
1	32 %
≥ 2	37 %
Intention de procréer (N = 465)	57 % (95 % IC, 53-62 %)
0	43 %
1	26 %
≥ 2	31 %
Actions pour procréer (N = 456)	
Abordé le sujet - partenaire	32 %
Abordé le sujet - médecin	26 %
Arrêt de la contraception	12 %

Programme canadien sur la fertilité et le VIH

Canadian HIV Fertility Program



VISION :

Promouvoir un programme collaboratif qui guide et aide les personnes vivant avec le VIH, au Canada, dans leurs désirs de fertilité et de planification de grossesse, dans une approche holistique, éthique, positive et médicalement adéquate.

Programme canadien sur la fertilité et le VIH

- **Un des buts du programme** : Intégrer une discussion sur la grossesse, la reproduction et la planification préconception, dans les soins de routine pour le VIH
 - **Pour tous les professionnels des soins de santé et patient(e)s séropositif(ve)s au VIH**
- **Pourquoi?** Pour plusieurs raisons :
 - Faire en sorte que les grossesses chez les femmes séropositives au VIH soient planifiées, afin d'améliorer la santé maternelle et infantile et de réduire la transmission verticale et horizontale
 - Permettre une discussion sur la contraception, la santé sexuelle, la réduction des méfaits, la prévention de la transmission et la criminalisation

Un des Résultats

DIRECTIVE CLINIQUE DE LA SOGC

N° 278, juin 2012

Lignes directrices canadiennes en matière de planification de la grossesse en présence du VIH

Les présentes lignes directrices ont été rédigées et analysées par l'équipe canadienne de conception des lignes directrices en matière de planification de la grossesse en présence du VIH, en partenariat avec la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, la Société canadienne de fertilité et d'andrologie et le Réseau canadien pour les essais VIH. Elles ont été analysées par le comité sur les maladies infectieuses et le comité d'endocrinologie de la reproduction et infertilité de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada et le groupe de travail cadre de l'équipe canadienne de conception des lignes directrices en matière de planification de la grossesse en présence du VIH*, et avalisées par le comité exécutif et le Conseil de la SOGC.

AUTEURS PRINCIPAUX

Mona R. Loutfy, MD, Toronto (Ont.)

Shari Margolese, Toronto (Ont.)

Deborah M. Money, MD, Vancouver (C.-B.)

et des besoins des personnes en question); et (4) la prise en charge des questions liées à l'infertilité. Les lignes directrices canadiennes en matière de planification de la grossesse en présence du VIH ont pour objectif d'offrir des recommandations et des renseignements cliniques aux fournisseurs de soins de santé pour les aider à soutenir les personnes et les couples séropositifs pour le VIH, en ce qui concerne leurs décisions en matière de fertilité et de planification de la grossesse. Ces lignes directrices sont factuelles, communautaires et flexibles, et elles tiennent compte de besoins locaux / populationnels divers et contigus et des déterminants sociaux de la santé.

Issues : Les issues visées sont (1) la réduction du risque de transmission verticale et horizontale du VIH; (2) l'amélioration des issues de santé maternelles et néonatales en présence du VIH; (3) l'atténuation de la stigmatisation associée à la grossesse en présence du VIH; et (4) l'accroissement de l'accès aux services de fertilité et de planification de la grossesse.

Résultats : Des recherches ont été menées dans PubMed et Medline en vue d'en tirer les articles publiés, en anglais ou en français jusqu'au 20 décembre 2010 au moyen des termes

Principes généraux pour la planification de la grossesse

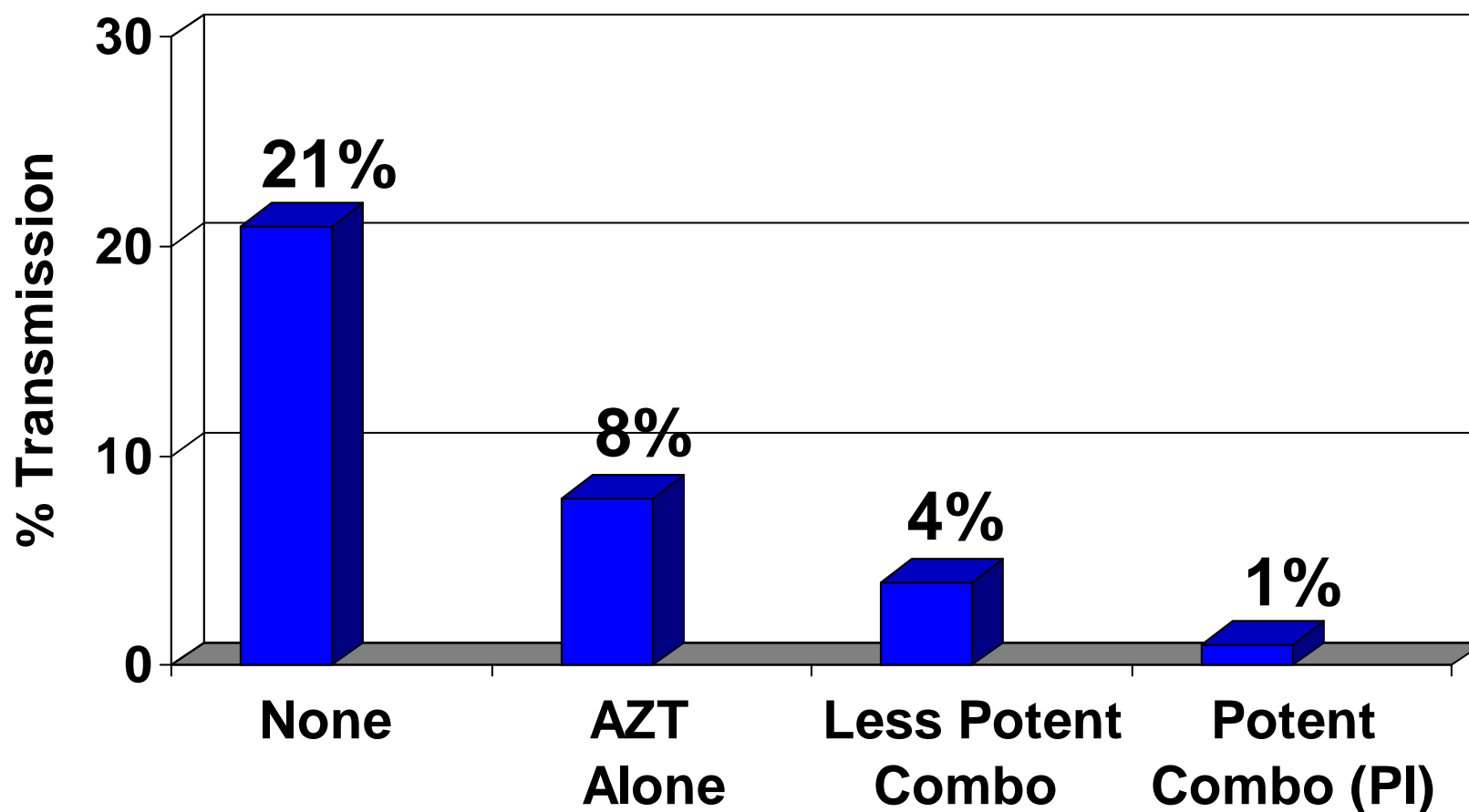
- Prendre de l'acide folique : 1 mg par jour, 1-3 mois avant la grossesse et pendant le 1^{er} trimestre de la grossesse
- Ne pas fumer ni boire d'alcool
- Avoir une alimentation équilibrée
- Ne pas consommer de drogues à usage récréatif



Médicaments antirétroviraux et fertilité

- **Il est préférable que la personne séropositive au VIH prenne des médicaments appropriés**
 - Tout ARV sauf Efavirenz, D4T, ddl, ddC chez les femmes
 - C.-à-d. 3 ARV : 2 INTI (p. ex. Combivir, Kivexa, Truvada) + IP potentialisé ou INNTI ou inhibiteur de l'intégrase
 - Pendant > 3-6 mois avec charge virale < 40 copies/mL
 - La future mère et le père ne devraient pas avoir reçu de traitement contre le VHC dans les 6 mois précédant la conception
- **Exception :**
 - Femmes – Les patientes à progression lente ou de longue haleine et n'ayant pas besoin d'ARV pour leur santé (CD4 > 500 cellules/uL) peuvent attendre jusqu'à 12-14 semaines de grossesse

Taux réduits de transmission verticale du VIH



Women & Infants Transmission Study, 1990-1999

Cooper E et al. *JAIDS* 2002;29:484-94

Prévention de la transmission horizontale

- **Divers scénarios cliniques :**
 1. Femme séropositive avec homme séronégatif (couple sérodifférent), ou célibataire, ou en couple de même sexe
 2. Homme séropositif avec femme séronégative (couple sérodifférent)
 3. Homme et femme tous deux séropositifs (couple séroconcordant)
 4. Homme séropositif célibataire, ou en couple de même sexe, ou en couple ayant recours au don d'ovules ou à une mère porteuse
- Les différents scénarios cliniques comportent des risques différents et requièrent des stratégies différentes pour prévenir la transmission horizontale

Dans tous les scénarios

- Examen de toutes les options possibles pour l'insémination/conception et du continuum du risque, y compris :
 - Relation sexuelle non protégée (sous ARV, suppression virale complète)
 - Relation sexuelle non protégée coïncidant avec le moment de l'ovulation (sous ARV, suppression virale complète)
 - Insémination à la maison (méthode de la poire à jus)
 - Insémination intra-utérine (IIU) (en clinique de fertilité)
 - Lavage de sperme suivi d'une IIU
 - Autres : FIV, IICS, mère porteuse, adoption

1) Femme séropositive, homme séronégatif

- Examen de toutes les options possibles pour l'insémination/conception et du continuum du risque, y compris :
 - Relation sexuelle non protégée (sous ARV, suppression virale complète)
 - Relation sexuelle non protégée coïncidant avec le moment de l'ovulation (sous ARV, suppression virale complète)
 - **Insémination à la maison**
 - **Insémination intra-utérine (IIU) (en clinique de fertilité)**
 - **Autres : FIV, IICS, mère porteuse, adoption**
- Caractères gras :** Généralement recommandé par le professionnel de la santé, vu le risque plus faible de transmission horizontale; toutes les options : après avoir entièrement pris connaissance des risques

2) Homme séropositif, femme séronégative

- Examen de toutes les options possibles pour l'insémination et du continuum du risque, y compris :
 - Relation sexuelle non protégée (sous ARV, suppression virale complète)
 - Relation sexuelle non protégée coïncidant avec le moment de l'ovulation (sous ARV, suppression virale complète)
 - **Lavage de sperme suivi d'une IUI (en clinique de fertilité)**
 - Autres : FIV, IICS, don de sperme, adoption

Caractères gras : Généralement recommandé par le professionnel de la santé, vu le risque plus faible de transmission horizontale; toutes les options : après avoir entièrement pris connaissance des risques

2) Homme séropositif, femme séronégative : Lavage de sperme et IIU

- En 2007, Bujan *et al.* ont réalisé une étude auprès de 1 036 couples sérodifférents (homme séropositif, femme séronégative) désirant concevoir.
- **Résultats :**
 - **Aucun cas de transmission du VIH aux partenaires féminines** après 3 272 cycles comportant des informations de suivi complètes
 - 580 cycles sur 3 315 (dont le résultat était connu) ont résulté en une grossesse
 - Taux de grossesse clinique = 17,5% (par cycle)

2) Homme séropositif, femme séronégative

- Examen de toutes les options possibles pour l'insémination et du continuum du risque, y compris :
 - Relation sexuelle non protégée (sous ARV, suppression virale complète)
 - **Relation sexuelle non protégée coïncidant avec le moment de l'ovulation (sous ARV, suppression virale complète)**
 - **Lavage de sperme suivi d'une IUI (en clinique de fertilité)**
 - Autres : FIV, IICS, don de sperme, adoption

Caractères gras : Généralement recommandé par le professionnel de la santé, vu le risque plus faible de transmission horizontale; toutes les options : après avoir entièrement pris connaissance des risques

Étude HPTN 052

Essai contrôlé randomisé

- Comparer le traitement antirétroviral précoce vs reporté (CD4 < 250), chez des patients séropositifs au VIH-1 ayant un compte de 350-550 CD4/mm³ et étant en relation sexuelle stable avec un partenaire séronégatif – Résultat :
 - Transmission au partenaire séronégatif (associée)
- 893 couples dans le groupe Traitement précoce; 882 couples dans le groupe Traitement reporté
- 28 cas de transmission du VIH ont été associés : 27 dans Traitement reporté; 1 dans Traitement précoce (après 3 mois d'ARV) (0,1 par 100 années-personnes) [RR 0,04 (IC 0,01-0,27); p<0,001] = réduction de 96 % de la transmission du VIH sous ARV

Nouvelles données de CETTE ANNÉE – CROI 2014

● L'ÉTUDE PARTNER

- A recruté 1 110 couples sérodifférents, 40 % d'hommes gais
- Critères d'inclusion : relations sexuelles sans condom occasionnellement, pas de PreP ou de PPE, partenaire séropositif au VIH prenant des ARV et CV < 200/mL
- Dans sa 2^e année de suivi; fin prévue en 2017
- 767 couples ont participé à une analyse de 2 ans; total de 894 années-couples de suivi (240H+F-, 245F+H-, 282 HARSAH)
- **Résultats :**
 - **RÉSULTAT PRINCIPAL** : aucun cas de transmission par un partenaire ayant une charge virale indétectable (nombre estimé de 16 400 relations sexuelles parmi les hommes gais et de 14 000 parmi les couples hétérosexuels)
 - Note : Aucun cas de transmission ne signifie pas **AUCUN RISQUE**
 - On a examiné les IC à 95 % – seuil supérieur de risque de 0,05 % par acte, pour les relations sexuelles anales reçues

PreP (prophylaxie pré-exposition) pour homme séropositif et femme séronégative

- **PreP visant à prévenir la transmission horizontale chez les couples sérodifférents où l'homme est séropositif et la femme est séronégative**
 - **Pas de recommandation dans les LDCPGV**
 - **Énoncé des États-Unis :**
 - « L'utilisation de la PreP fait partie des nombreuses options pour aider à protéger le partenaire séronégatif au VIH, dans les efforts de conception d'un couple sérodifférent. » (CDC, 2012)
- **Une étude clinique sur le sujet : Vernazza *et al.* AIDS 2011, 25:2005–2008**

PreP pour homme séropositif et femme séronégative

En 2011, Vernazza *et al.* (Groupe suisse)

- Hommes séropositifs avec partenaires féminines, CV < 50c/ml, prenant des ARV, sans autre ITS chez les deux partenaires désirant concevoir
- La PreP incluait 1 dose de ténofovir au pic de LH et le matin suivant
- 46 couples sur 53 ont accepté d'utiliser la PreP dans le cadre de relations sexuelles non protégées planifiées
- 244 cas documentés de relations vaginales non protégées par 53 couples désirant concevoir
- Taux de succès de grossesse de 75 % (après une moyenne de 6 cycles) (sur 53)
- **Aucune partenaire féminine n'a contracté le VIH**

Évaluation économique des options de conception pour les couples sérodifférents où l'homme est séropositif

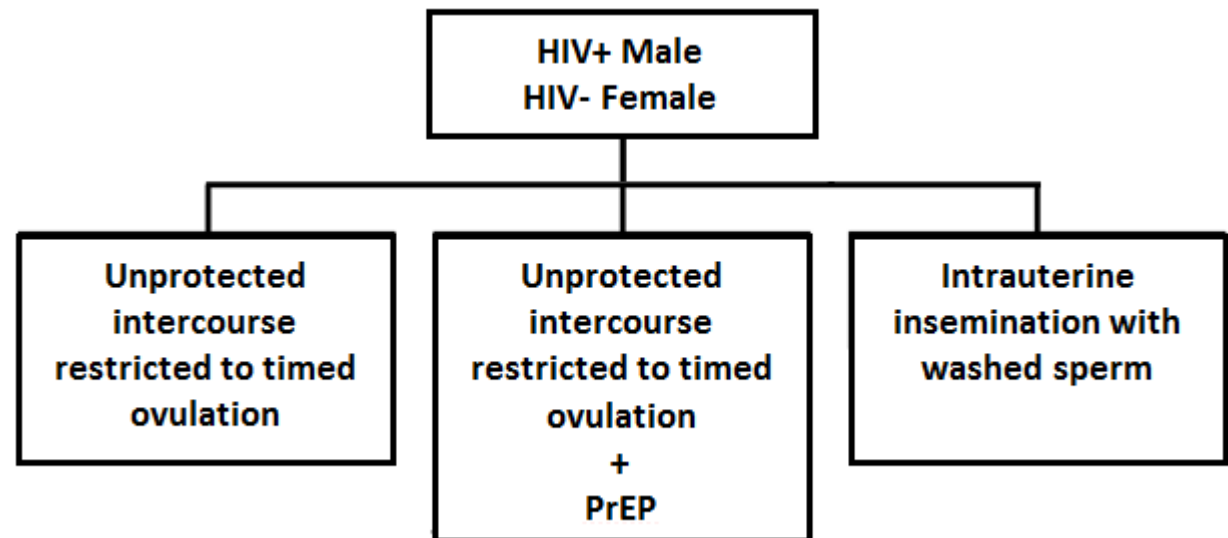
Objectif : Déterminer quelle option présente le meilleur rapport coût-efficacité, entre : 1) les relations sexuelles non protégées coïncidant avec l'ovulation (RNPCO),
2) les RNPCO avec PrEP (RNP-P) ou 3) le lavage de sperme avec IU,

Analyse de cas de base

▶ **Cohorte hypothétique**

- Partenaire féminine séronégative au VIH, âgée de 30 ans et fertile
- Partenaire masculin séropositif au VIH, fertile, ARV depuis ≥ 6 mois, charge virale ≤ 50 copies/ml

▶ **La décision**



Résultats et Conclusions

Figure 1. Analyse de scénarios de référence

	Costs, \$CND	QALYs	Incremental Costs, \$CND	Incremental QALYs	\$ per QALY gained
UIRTO	1,319.00	15.56	-	-	Undominated
U-PrEP	1,757.00	15.41	438.00	-0.15	Dominated
IUIWS	16,229.00	15.24	14,910.00	-0.32	Dominated

Recommandations pour les responsables des politiques

- Ni la prophylaxie pré-exposition, ni le lavage de sperme, ne présentent un meilleur rapport coût-avantage que les relations sexuelles non protégées planifiées, pour les femmes séronégatives au VIH vivant en Ontario et désirant concevoir avec un homme séropositif au VIH dont la charge virale plasmatique est indétectable.

3) Deux partenaires séropositifs au VIH

■ **Surinfection :**

- Situation où une personne ayant une infection à VIH établie contracte une 2^e souche du virus

● **Examen de toutes les options possibles pour l'insémination et du continuum du risque, y compris :**

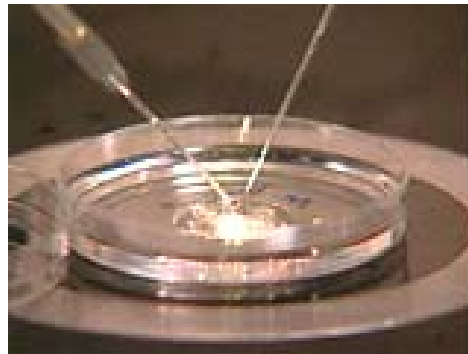
- Relation sexuelle non protégée
- **Relation sexuelle non protégée coïncidant avec le moment de l'ovulation**
- Lavage de sperme suivi d'une IUI (en clinique de fertilité)
- Autres : FIV, IICS, don de sperme, adoption

Caractères gras : Généralement recommandé par le professionnel de la santé, vu le risque plus faible de transmission horizontale; toutes les options : après avoir entièrement pris connaissance des risques

Résultats :

Points saillants des lignes directrices

- **Investigation et traitement de l'infertilité**
 - Les personnes séropositives au VIH devraient être conseillées quant aux enjeux de fertilité rencontrés dans la population générale.
 - Une investigation et un traitement de l'infertilité devraient être offerts aux personnes séropositives au VIH, au besoin.



Déterminer les services disponibles

- **Étude financée par le Bureau de lutte contre le sida* : « Survey assessing access to fertility services for HIV+ individuals living in Canada »** (« Enquête sur l'accès aux services de fertilité pour les personnes séropositives au VIH au Canada »)
 - Enquête auprès des cliniques de fertilité au Canada, pour connaître celles qui fournissent des soins à des personnes séropositives au VIH (investigations, traitement de l'infertilité et réduction du risque horizontal

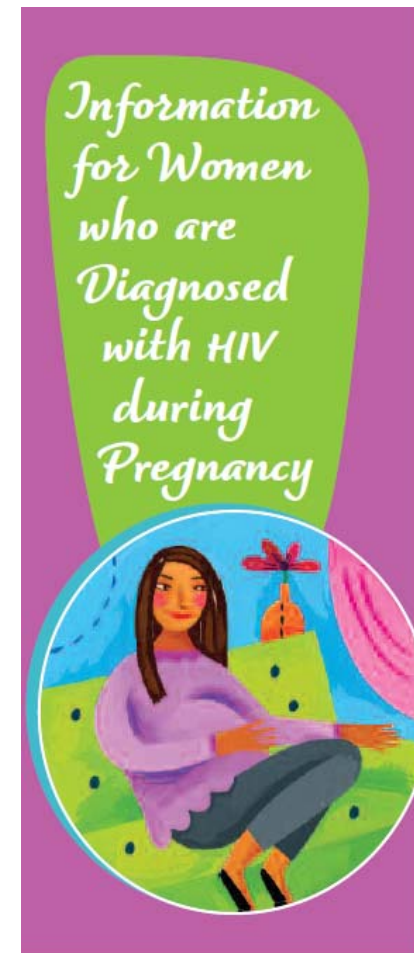
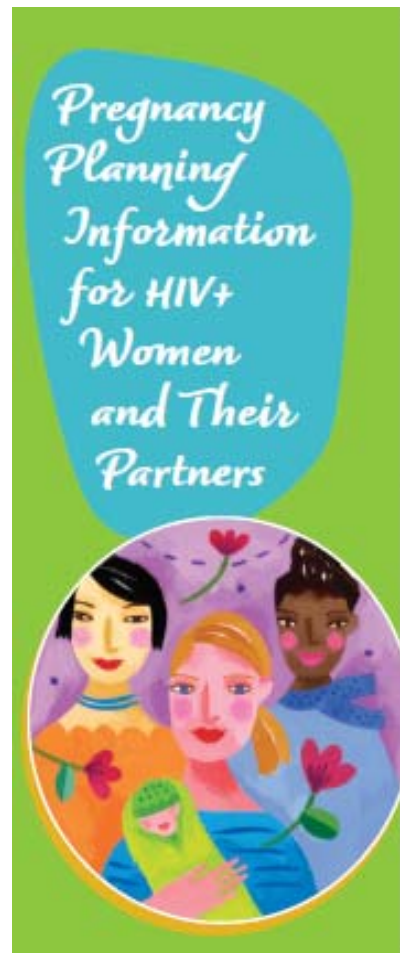
***avec le Dr Mark Yudin et la Dre Heather Shapiro**

Enquête sur l'accès aux services de fertilité pour les personnes séropositives au VIH au Canada

- Traitements disponibles pour la fertilité
 - Toute combinaison de Rx offerte dans 12 cliniques sur 23 (52 %); traitement le plus courant – IUI
- FIV pour femmes séropositives – plus limitée
 - **Disponible dans seulement 4 cliniques sur 23 (17 %); 1 en AB, 3 en ON**
- Traitements disponibles pour réduire le risque
 - Accès plus limité; selon le scénario clinique du couple
 - H+/F- & H-/F+ → 10/23 (43 %)
 - H+/F+ → 6/23 (26 %)
 - Lavage de sperme - seulement 6 cliniques sur 23 (26 %)

Dépliants

Offerts en français et en anglais à www.catie.ca



« C'est une question de droits reproductifs »

« Tous les couples et individus ont le droit de décider librement et en toute responsabilité du nombre de leurs enfants et de l'espacement des naissances et de disposer des informations et moyens à cet effet. »

Organisation mondiale de la Santé, Fonds de l'ONU pour la population, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et International Planned Parenthood Federation. *La santé sexuelle et reproductive et le VIH/sida : Un cadre de liens prioritaires*, 2005.

(http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/WHO_HIV_2005.05_fre.pdf?ua=1)

Remerciements

Merci!

Notre équipe

Employé(e)s du Programme de recherche
sur les femmes et le VIH

Chercheurs, employé(e)s et étudiant(e)s du
Programme canadien sur la fertilité et le VIH

Équipe de développement des LDCPGV



Questions



Vous pouvez poser une question en utilisant la ligne téléphonique (#6) ou la messagerie instantanée (partie droite de l'écran)

Vous pouvez également envoyer un courriel à Sophie Wertheimer : swertheimer@catie.ca

Parent au positif : une série de webinaires sur le VIH et la maternité/paternité

La vie avec bébé : Enjeux et stratégies pour parents positifs

Avec la participation de la Dre Fatima Kakkar, CHU Sainte-Justine et Université de Montréal, de Gary Lacasse, Directeur de la Maison Plein Cœur et de membres de la communauté.

Lundi 8 juin 2015
13 h - 14 h 30 HE



IHPREG
INTERDISCIPLINARY
HIV PREGNANCY
RESEARCH GROUP



Merci



**Merci de bien vouloir évaluer
ce webinaire!**