

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.)

Mathias Gysler, MD, Mississauga (Ont.)

Scot Hamilton, PhD, Mississauga (Ont.)

Mark H. Yudin, MD, Toronto (Ont.)

*Reportez-vous à l'annexe pour la liste des membres du groupe de travail.

Tous les auteurs nous ont fait parvenir une déclaration de divulgation.

Résumé

Objectif : Quatre questions cliniques principales doivent être prises en considération pour les personnes et les couples séropositifs pour le VIH en ce qui a trait à la planification de la grossesse et à l'offre de services de counseling en ce sens : (1) la santé préconceptionnelle; (2) la transmission mère-enfant (laquelle a connu une baisse significative grâce au traitement antirétroviral combiné); (3) la transmission entre les partenaires au cours de la conception (laquelle nécessite la mise en œuvre de différentes stratégies de prévention et de traitement, en fonction de l'état

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 suivants : « HIV » et « pregnancy » ou « pregnancy planning » ou « fertility » ou « reproduction » ou « infertility » ou « parenthood » ou « insemination » ou « artificial insemination » ou « sperm washing » ou « IVF » ou « ICSI » ou « IUI ». Parmi les autres termes de recherche utilisés, on trouvait « HIV » et « horizontal transmission » ou « sexual transmission » ou « serodiscordant ». Des recherches ont également été menées dans les bases de données de conférence suivantes : Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes, *International AIDS Conference*, Société internationale sur le sida, *Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy*, Association canadienne de recherche sur le VIH et Conférence de recherche du Réseau ontarien de traitement du VIH. Enfin, des recherches manuelles ont été menées dans des conférences et des revues clés, et les références des articles sélectionnés ont été analysées afin d'obtenir des citations supplémentaires. Par la suite, les résumés ont été classés par catégories d'après leur sujet principal (en fonction d'une description sommaire des lignes directrices) dans un tableau comptant les rubriques suivantes : auteur, titre, objet de l'étude, participants, résultats et commentaires généraux. Enfin, nous avons consulté des spécialistes du domaine afin d'obtenir leurs opinions quant aux articles qui auraient pu passer inaperçus.

Mots clés : HIV, pregnancy, insemination, fertility, transmission

J Obstet Gynaecol Can 2012;34(6 suppl. élec.):S1-S19

Ce document fait état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de sa publication et peut faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'un mode de traitement exclusif à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite sans une permission écrite de la SOGC.

Valeurs : La qualité des résultats a été évaluée au moyen des critères décrits dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Les recommandations quant à la pratique ont été classées conformément à la méthode décrite dans ce rapport (Tableau) et au moyen de l'instrument *Appraisal of Guidelines Research and Evaluation* destiné à l'élaboration de directives cliniques.

Commanditaires : Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, *Women and HIV Research Program*, *Women's College Research Institute*, *Women's College Hospital*, Université de Toronto, Laboratoires Abbott Canada, Réseau ontarien de traitement du VIH, Instituts de recherche en santé du Canada, Réseau canadien pour les essais VIH.

Points clés et recommandations

Les personnes séropositives pour le VIH qui envisagent une grossesse devraient obtenir des conseils quant aux questions suivantes, et ce, de façon à pouvoir prendre une décision éclairée.

ASSURER LA SANTÉ DE LA MÈRE, DE L'ENFANT ET DE LA FAMILLE

Recommandations

1. Des services de counseling en matière de santé génésique, y compris la contraception et la planification de la grossesse, devraient être offerts à toutes les personnes séropositives pour le VIH en âge de procréer, peu de temps après le diagnostic du VIH et de façon continue par la suite. (II-3A)
2. Les hommes et les femmes devraient bénéficier de conseils traitant de tous les aspects pertinents de la planification de la grossesse (comme le maintien d'un régime alimentaire et d'un mode de vie sains, le risque de voir apparaître une maladie génétique et le dépistage prénatal intégré, tel que décrit dans les directives cliniques canadiennes actuelles), et ce, sans égard à leur statut connu quant au VIH. (III-A)
3. Les femmes ne présentant aucun facteur de risque devraient commencer à prendre de l'acide folique (sous forme de suppléments vitaminiques) à raison de 1 mg par jour pendant trois mois avant d'obtenir une grossesse, ainsi qu'au moins pendant les trois premiers mois de la grossesse. (II-3A)
4. Les femmes devraient être encouragées à abandonner le tabagisme, à cesser de consommer de l'alcool et des drogues à usage récréatif, et devraient être orientées vers des services de soutien, au besoin. (III-A)
5. Les deux parents éventuels devraient être soumis à un dépistage visant d'autres infections transmissibles sexuellement, même lorsqu'ils sont parvenus à obtenir une grossesse par le passé et qu'ils ne présentent aucun symptôme d'infection. (III-A)

FACTEURS PSYCHOSOCIAUX / DE SANTÉ MENTALE ASSOCIÉS À LA FERTILITÉ ET À LA PLANIFICATION DE LA GROSSESSE EN PRÉSENCE DU VIH

Toutes les personnes ou tous les couples planifiant une grossesse sont potentiellement exposés à des problèmes psychosociaux et de santé mentale. Un fardeau additionnel peut être placé sur les personnes ou les couples séropositifs pour le VIH en raison de la stigmatisation associée à cette pathologie et aux risques de transmission du VIH.

ABRÉVIATIONS

cART	Traitement antirétroviral combiné
IICS	Injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde
IIU	Insémination intra-utérine

Recommandations

6. Les services de counseling devraient être offerts (par un professionnel de la santé averti ou un compagnon-conseiller formé) d'une façon non moralisatrice qui tient compte du bien-être, de la diversité sexuelle et des croyances et pratiques ethnoculturelles ou religieuses des patientes. (III-A)
7. Les services de counseling devraient comprendre une discussion sur le risque potentiel de transmission horizontale (entre les partenaires) et verticale (de la mère à l'enfant) et sur la façon dont ce risque pourrait affecter la santé mentale de l'un ou des deux parents. (III-A)
8. Les personnes séropositives pour le VIH qui envisagent une grossesse devraient être avisées de la stigmatisation et de la discrimination dont elles pourraient faire l'objet de la part de personnes qui en connaissent moins sur la façon dont le VIH est transmis (de façon horizontale et verticale). De surcroît, les femmes séropositives pour le VIH qui n'allaitent pas devraient être avisées de la désapprobation dont elles pourraient faire l'objet de la part des gens qui ne connaissent pas leur statut quant au VIH. (II-3A)
9. Des services de counseling approfondis pourraient être suggérés pour aider les couples et les personnes à surmonter plus efficacement la peur, la stigmatisation et d'autres facteurs psychosociaux, tels que la dépression postpartum. (II-3A)

QUESTIONS JURIDIQUES ET ÉTHIQUES

Recommandations

10. Toutes les personnes séropositives pour le VIH devraient bénéficier de conseils quant aux ramifications juridiques possibles de la non-divulgence de leur statut quant au VIH à leur(s) partenaire(s) sexuel(s). (III-A)
11. Les femmes séropositives pour le VIH qui envisagent une grossesse devraient bénéficier de conseils quant à la possibilité de devoir faire face à des poursuites en justice si elles ne permettent pas l'administration d'un traitement antirétroviral à leur enfant après la naissance. (III-B)
12. Les considérations d'ordre éthique, y compris celles qui sont associées à l'état de santé des personnes ou des couples séropositifs pour le VIH, devraient faire l'objet de discussions dans le cadre des services de counseling offerts pendant la période préconceptionnelle. (III-B)

TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL COMBINÉ ET AUTRES MÉDICAMENTS AU COURS DE LA PLANIFICATION DE LA GROSSESSE

Recommandations

13. Les cliniciens devraient passer en revue tous les médicaments pouvant être utilisés par les femmes et les hommes séropositifs pour le VIH (y compris les antidépresseurs, les analgésiques, les médicaments en vente libre et les traitements contre l'hépatite), et ce, afin de s'assurer de leur innocuité pendant la conception et la grossesse. (II-3A)
14. Toutes les femmes et tous les hommes séropositifs pour le VIH qui nécessitent un traitement antirétroviral combiné pour le maintien de leur propre santé au cours de la période préconceptionnelle devraient être avisés de poursuivre leurs schémas posologiques actuels; toutefois, les femmes ne devraient utiliser aucun médicament potentiellement tératogène ou considéré comme étant toxique pendant la grossesse (elles devraient plutôt leur substituer d'autres médicaments lorsque cela s'avère nécessaire ou possible).

Critères d'évaluation des résultats et de classification des recommandations, fondés sur ceux du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

Niveaux de résultats*	Catégories de recommandations†
I: Résultats obtenus dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé.	A. On dispose de données suffisantes pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-1: Résultats obtenus dans le cadre d'essais comparatifs non randomisés bien conçus.	B. On dispose de données acceptables pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-2: Résultats obtenus dans le cadre d'études de cohortes (prospectives ou rétrospectives) ou d'études analytiques cas-témoins bien conçues, réalisées de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche.	C. Les données existantes sont contradictoires et ne permettent pas de formuler une recommandation pour ou contre l'usage de la mesure clinique de prévention; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.
II-3: Résultats découlant de comparaisons entre différents moments ou différents lieux, ou selon qu'on a ou non recours à une intervention. Des résultats de première importance obtenus dans le cadre d'études non comparatives (par exemple, les résultats du traitement à la pénicilline, dans les années 1940) pourraient en outre figurer dans cette catégorie.	D. On dispose de données acceptables pour déconseiller la mesure clinique de prévention. E. On dispose de données suffisantes pour déconseiller la mesure clinique de prévention.
III: Opinions exprimées par des sommités dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapports de comités d'experts.	L. Les données sont insuffisantes (d'un point de vue quantitatif ou qualitatif) et ne permettent pas de formuler une recommandation; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.

*La qualité des résultats signalés dans les présentes directives cliniques a été établie conformément aux critères d'évaluation des résultats présentés dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs⁹⁰.

†Les recommandations que comprennent les présentes directives cliniques ont été classées conformément à la méthode de classification décrite dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventif⁹⁰.

Le schéma posologique le plus efficace pouvant être utilisé en toute sûreté pendant la grossesse est celui qui devrait être sélectionné. (II-3A)

15. Les femmes séropositives pour le VIH qui ne nécessitent pas un traitement antirétroviral combiné pour le maintien de leur propre santé doivent envisager de démarrer un traitement avant de devenir enceinte ou avant la fin du premier trimestre de la grossesse. Le schéma posologique le plus efficace pouvant être utilisé en toute sûreté pendant la grossesse est celui qui devrait être sélectionné. (II-3A)
16. Les femmes et les hommes séropositifs pour le VIH qui nécessitent un traitement devraient être encouragés à démarrer un traitement antirétroviral combiné au cours de la période préconceptionnelle afin de réduire leur charge virale plasmatique du VIH, ce qui peut mener à la réduction du risque de transmission du VIH auquel est exposé leur partenaire séronégatif pour le VIH ou du risque de surinfection auquel est exposé leur partenaire séropositif pour le VIH. (II-3B)
17. Toutes les décisions quant à l'utilisation d'un traitement anti-rétroviral combiné et d'autres médicaments pendant la grossesse devraient être prises en consultation avec des experts, tels que les spécialistes du VIH et les pharmaciens. (III-A)

RECOMMANDATIONS FONDÉES SUR UN SCÉNARIO POUR LA PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION HORIZONTALE DU VIH

L'option recommandée pourrait ne pas toujours constituer l'option la plus pratique ou à privilégier pour la patiente, et ce, en fonction de la disponibilité des services, des coûts, des croyances culturelles et de l'évaluation personnelle du risque. Les médecins et les autres fournisseurs de soins de santé devraient soutenir, de façon non moralisatrice, la décision de la patiente.

FEMME SÉROPOSITIVE POUR LE VIH ET HOMME SÉRONÉGATIF POUR LE VIH

Recommandations

18. Pour ce qui est des couples sérodiscordants au sein desquels la femme est séropositive pour le VIH, il est préférable de tenter une insémination à la maison (au moyen du sperme du partenaire) au cours de l'ovulation, et ce, pendant une période de trois à six mois avant d'envisager le recours à d'autres méthodes. (III-A)
19. Lorsque l'insémination à la maison ne mène pas à l'obtention d'une grossesse, les couples devraient être orientés vers un gynécologue à des fins de consultation, puis vers un spécialiste de la fertilité pour l'obtention d'un bilan de fertilité exhaustif et d'un traitement approprié, au besoin, y compris des services de counseling sur toutes les techniques de procréation assistée lorsqu'une grossesse ne peut être obtenue dans un délai de six à douze mois. (III-A)

CÉLIBATAIRE SÉROPOSITIF POUR LE VIH OU FEMME SÉROPOSITIVE POUR LE VIH VIVANT UNE RELATION HOMOSEXUELLE

Recommandation

20. Les célibataires séropositifs pour le VIH ou les femmes séropositives pour le VIH vivant une relation homosexuelle devraient être orientés vers un spécialiste de la fertilité et devraient envisager l'option de l'insémination intra-utérine au moyen d'un don de sperme provenant d'un homme séronégatif pour le VIH. Cette option est à préférer à l'insémination à la maison au moyen d'un don de sperme, en raison du coût élevé du sperme et parce que le taux de réussite de l'insémination intra-utérine menée dans une clinique de fertilité est plus élevé que celui de l'insémination à la maison. Lorsque le sperme d'un donneur connu est utilisé aux fins de l'insémination intra-utérine,

les règlements s'appliquant au don de sperme doivent être respectés. (III-A)

HOMME SÉROPOSITIF POUR LE VIH ET FEMME SÉRONÉGATIVE POUR LE VIH

Recommandations

21. Les couples sérodiscordants au sein desquels l'homme est séropositif pour le VIH devraient être orientés vers un spécialiste de la fertilité et devraient envisager l'option privilégiée de l'insémination intra-utérine faisant appel au lavage du sperme. (II-2A)
22. Lorsque l'insémination intra-utérine ne mène pas à l'obtention d'une grossesse, les couples devraient envisager la fécondation *in vitro* ou l'injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde faisant appel au lavage du sperme ou utilisant un don de sperme. (II-3A)
23. Les hommes séropositifs pour le VIH qui ne nécessitent pas un traitement antirétroviral combiné pour le maintien de leur propre santé devraient être encouragés à entamer un tel traitement au cours de la période préconceptionnelle en vue de réduire la charge virale plasmatique du VIH, ce qui peut atténuer le risque de transmission du VIH à la partenaire séronégative pour le VIH. (II-3B)

CÉLIBATAIRE SÉROPOSITIF POUR LE VIH OU COUPLE FORMÉ D'HOMMES HOMOSEXUELS

Recommandation

24. Les célibataires séropositifs pour le VIH ou les hommes vivant une relation homosexuelle qui ont retenu les services d'une mère porteuse séronégative ou séropositive pour le VIH devraient être orientés vers un spécialiste de la fertilité. (III-A)

HOMME SÉROPOSITIF POUR LE VIH ET FEMME SÉROPOSITIVE POUR LE VIH

Il est fréquent de voir les couples séroconcordants tenter d'obtenir une grossesse par conception naturelle, particulièrement lorsque les deux partenaires présentent des charges virales plasmatiques entièrement supprimées. Les couples séroconcordants pourraient souhaiter envisager d'avoir recours à l'insémination intra-utérine faisant appel au lavage du sperme, et ce, afin de réduire le risque potentiel de surinfection ou de transmission de souches pharmacorésistantes du VIH entre les partenaires.

Recommandations

25. La conception naturelle menée à un moment précis est recommandée pour les couples séroconcordants qui se soumettent à un traitement antirétroviral combiné et qui présentent des charges virales plasmatiques du VIH entièrement supprimées. (II-3A)
26. Les couples séroconcordants devraient bénéficier de services de counseling sur les risques et les avantages de la conception naturelle menée à un moment précis (y compris la surinfection au VIH et la transmission de souches pharmacorésistantes du VIH). (II-3A)
27. Lorsque la conception naturelle menée à un moment précis ne mène pas à l'obtention d'une grossesse, les couples devraient être orientés vers un gynécologue à des fins de consultation, puis vers un spécialiste de la fertilité pour l'obtention d'un bilan de fertilité exhaustif et d'un traitement approprié, au besoin, y compris des services de counseling sur toutes les techniques de procréation assistée. (III-A)

EXPLORATIONS ET PRISE EN CHARGE DE L'INFERTILITÉ

Historiquement, les cliniques de fertilité du Canada se sont montrées hésitantes à offrir des services d'exploration et de prise en charge de la fertilité aux personnes séropositives pour le VIH. Les spécialistes de la fertilité s'entendent pour affirmer que cette situation est probablement attribuable à un manque d'information au sujet du VIH et de la réussite de sa prise en charge, ainsi qu'à des préoccupations tournant autour de la possibilité de voir leur clientèle séronégative pour le VIH disparaître si elles en venaient à offrir leurs services à des personnes séropositives pour le VIH. En 2010, la *American Association of Reproductive Medicine* a publié une déclaration dans laquelle elle avalisait l'offre de services de fertilité à toutes les personnes séropositives pour le VIH.

Recommandations

28. Les personnes séropositives pour le VIH devraient bénéficier de services de counseling sur les problèmes de fertilité qui se manifestent au sein de la population générale, y compris les troubles génétiques et l'âge maternel avancé. (III-A)
29. Des services d'exploration et de prise en charge de l'infertilité devraient être offerts aux personnes séropositives pour le VIH, au besoin. (III-A)
30. Toutes les décisions entourant le recours au traitement antirétroviral combiné pendant la période préconceptionnelle et au cours de la grossesse devraient prendre en considération la santé de la personne séropositive pour le VIH visée et la réduction du risque de transmission horizontale et verticale du VIH. Les décisions au sujet du traitement antirétroviral combiné devraient être prises en consultation avec un spécialiste du VIH. (III-A)

PRÉVENTION DE L'INFECTION AU VIH AU SEIN DES CLINIQUES DE FERTILITÉ

Recommandations

31. Les laboratoires de fertilité devraient respecter les lignes directrices de l'Association canadienne de normalisation en matière de prévention des infections au moment de manipuler des substances séropositives pour le VIH. (III-A)
32. Les substances potentiellement infectieuses devraient être stockées dans des étuves et des contenants ségrégués afin de réduire le risque de contamination au VIH. (III-A)
33. Des paillettes de bioconfinement devraient être utilisées aux fins du stockage des prélèvements, en vue d'accentuer la réduction du risque de contamination croisée auquel ces derniers sont exposés. (III-A)

**Le résumé du présent document a été
publié antérieurement dans :**

J Obstet Gynaecol Can 2012;34(6):591-594

INTRODUCTION

Demande en services de fertilité et de planification de la grossesse en présence du VIH au Canada

L'histoire naturelle de l'infection au virus de l'immunodéficience humaine a considérablement évolué au cours de la dernière décennie grâce aux percées réalisées dans le domaine du traitement médical, plus particulièrement avec le lancement d'un traitement antirétroviral combiné extrêmement efficace¹. Ainsi,

les personnes séropositives pour le VIH connaissent maintenant une meilleure qualité de vie et une espérance de vie prolongée¹⁻³. Au sein des pays disposant de ressources importantes, la mortalité attribuable au VIH a connu une baisse significative et s'approche de ce qui constitue la norme au sein de la population générale. Une étude récente a indiqué que les personnes séropositives pour le VIH disposaient, dans les sept années de l'obtention du diagnostic, de la même espérance de vie que leurs homologues de la population générale². Bien que, à l'heure actuelle, l'espérance de vie globale d'une personne séropositive pour le VIH soit difficile à prédire (puisque un traitement efficace n'est prescrit à grande échelle que depuis 1996), les projections contemporaines estiment que la vie d'une personne présentement séropositive pour le VIH se poursuivra pendant au moins de 30 à 40 ans à la suite du moment de l'infection³.

Autre changement important dans le domaine du VIH au cours des deux dernières décennies : le taux d'infection au VIH a connu une hausse constante chez les femmes. À la fin de 2007, on estimait que près de 65 000 Canadiens étaient séropositifs pour le VIH et que 10 114 de ceux-ci étaient de femmes⁴. Cela représente une hausse de 23 % par comparaison avec la situation qui prévalait en 2002. De façon semblable, plus du quart des nouveaux cas de séropositivité pour le VIH sont dorénavant constatés chez des femmes⁴.

Le recours au cART, la possibilité de subir une césarienne (telle qu'indiquée par les lignes directrices actuelles traitant de la grossesse et du VIH) et le fait de s'abstenir d'allaiter ont fait passer le risque de transmission verticale du VIH à moins de 1 %. Ces facteurs ont probablement mené au nombre croissant de grossesses que l'on a constaté chez les femmes séropositives pour le VIH au cours de la dernière décennie⁵. Au Canada, toutes les grossesses que connaissent les femmes séropositives pour le VIH sont signalées dans un registre créé par le Programme de surveillance périnatale du VIH au Canada de l'Agence de la santé publique du Canada. Le rapport annuel de 2009 indique que 180 enfants sont nés de femmes séropositives pour le VIH au Canada cette année-là. Au cours des quatre années précédentes, les nombres d'enfants nés de femmes séropositives pour le VIH étaient les suivants : 238 (2008), 208 (2007), 194 (2006) et 189 (2005)⁵. Qui plus est, la planification de la grossesse a été identifiée comme un sujet important clé pour ce qui est des personnes séropositives pour le VIH au Canada⁶. Néanmoins, les préoccupations de santé génésique et les services connexes disponibles et offerts aux personnes séropositives pour le VIH n'ont reçu qu'une attention minimale.

Il existe un écart entre, d'une part, les souhaits et les intentions des personnes séropositives pour le VIH qui ont des enfants et, d'autre part, leurs besoins en matière de soutien, de ressources, d'efforts de recherche pertinents et de réseaux de soutien pour leur permettre de réaliser ces souhaits et de le faire de façon sûre sur le plan médical. Les facteurs à prendre en considération dans le cadre de la planification de la grossesse lorsque au moins un des partenaires du couple est séropositif pour le VIH ne se limitent pas à la prévention de la transmission verticale, mais englobent également la prévention de la transmission horizontale et la prise en charge des problèmes potentiels d'infertilité. En 2006, Ogilvie et coll.⁷ ont mené une étude visant à examiner les intentions en matière de fertilité de femmes séropositives pour le VIH en Colombie-Britannique. Des 182 femmes analysées dans le cadre de l'étude, 25,8 % ont exprimé l'intention d'avoir des enfants sans égard à leur statut clinique quant au VIH⁷. Tout récemment, Loutfy et coll.⁸ ont mis la touche finale à une étude transversale conçue pour évaluer les souhaits, les intentions et les mesures prises en matière de fertilité. Cette étude s'est penchée sur 490 femmes séropositives pour le VIH en âge de procréer (de 18 à 52 ans) vivant en Ontario. Soixante et un pour cent de ces femmes étaient nées à l'étranger, 52 % vivaient à Toronto, 47 % étaient de descendance africaine, 74 % se soumettaient à ce moment à un cART et l'âge médian était de 38 ans. Soixante-neuf pour cent de ces femmes souhaitaient donner naissance à un enfant et 57 % avaient l'intention d'avoir des enfants un jour. Cette étude a constaté que les facteurs prédictifs significatifs des intentions en matière de fertilité étaient le jeune âge (âge < 40 ans), l'ethnicité africaine, le fait de vivre à Toronto et le fait d'avoir vécu un nombre moindre d'accouchements à vie ($P = 0,02$)⁸. En 2005, Oladapo et coll. ont mené une étude déterminant les souhaits et les intentions en matière de fertilité des personnes séropositives pour le VIH qui recevaient des soins dans une clinique spécialisée de banlieue à Sagamu, au Nigeria⁹. Des 147 participants à l'étude, 63,3 % ont exprimé le souhait de connaître une grossesse, même si 50,4 % d'entre eux avaient déjà deux enfants ou plus. Parmi les participants qui souhaitaient avoir des enfants, 71,5 % des hommes et 93,8 % des femmes avaient l'intention d'avoir deux enfants ou plus dans un avenir rapproché⁹. En 2009, Nattabi et coll. ont mené une analyse systématique de 29 études s'étant penchées sur les facteurs qui influencent les souhaits et les intentions en matière de fertilité chez les personnes séropositives pour le VIH; ils ont constaté que les souhaits en matière de fertilité étaient influencés par une variété de facteurs démographiques, culturels, psychosociaux, liés à la santé et associés à la stigmatisation¹⁰.

Dans toutes les études susmentionnées, les chercheurs en sont venus à la conclusion que le souhait et l'intention des personnes séropositives pour le VIH d'avoir des enfants étaient bien établis et que le statut clinique quant au VIH ne semblait pas être un facteur prédictif des intentions en matière de fertilité. Un counseling spécialisé, des services et du soutien s'avéreront nécessaires pour répondre aux besoins de ce groupe de personnes.

Accès aux services de fertilité et de planification de la grossesse en présence du VIH au Canada

Malgré que de nombreuses personnes et que de nombreux couples séropositifs pour le VIH souhaitent avoir des enfants, peu de cliniques nord-américaines vouées au VIH ou à la fertilité offrent des conseils aux personnes et aux couples séropositifs pour le VIH quant à la prise en charge du VIH au cours de la planification de la grossesse, à la détermination de la chronologie de l'ovulation pour permettre la fécondation, au lavage du sperme (une intervention qui vise à retirer les particules virales du sperme, réduisant ainsi le risque de transmission horizontale), à la prise en charge des personnes et des couples connaissant des problèmes d'infertilité, et aux traitements de fertilité (y compris l'insémination intra-utérine et la fécondation *in vitro*).

Les Européens répondent aux besoins génésiques des couples séropositifs pour le VIH depuis les années 1980; au moins cinq pays d'Europe comptent des programmes nationaux d'aide à la planification de la grossesse destinés aux personnes séropositives pour le VIH¹¹. En 2003, moins de 5 % des cliniques de fertilité des États-Unis offraient des soins génésiques aux couples sérodiscordants quant au VIH¹². Au Canada, les services et les protocoles de traitement varient d'une clinique ou d'un centre à l'autre, tout comme leurs coûts. Il est important de souligner que dans la plupart des territoires de compétence canadiens, le lavage du sperme, l'IUI, la FIV et l'ICSI ne sont pas couverts par les programmes provinciaux de services médicaux; ainsi, les patients doivent directement en assumer les coûts.

Une étude menée en 2010 par Yudin et coll. a indiqué que, bien que plus de 70 % des cliniques sondées étaient disposées à recevoir des personnes séropositives pour le VIH en consultation, un nombre beaucoup moindre d'entre elles avaient en fait desservi des personnes séropositives pour le VIH au cours des 12 mois précédents¹³. Les services offerts variaient également d'une région à l'autre : seules cinq provinces comptent des cliniques offrant des traitements de fertilité aux personnes séropositives pour le VIH. Certaines interventions importantes étaient également moins couramment offertes aux personnes séropositives pour le VIH. En particulier, le lavage du sperme n'était offert que par 26 % des cliniques dans quatre provinces,

soit un écart en matière de services ayant fait l'objet d'une mention dans l'étude de Newmeyer et coll. qui décrivait les obstacles à l'obtention de services auxquels les personnes séropositives pour le VIH devaient faire face¹⁴.

En plus de la carence en services de procréation assistée, les programmes de planification de la grossesse, de soins prénataux et postnataux et de counseling destinés aux personnes et aux couples séropositifs pour le VIH demeurent rares au Canada.

Grossesse non prévue

Tout comme au sein de la population générale, bon nombre des grossesses que connaissent les femmes séropositives pour le VIH sont non prévues. Une étude ontarienne ayant porté sur les femmes séropositives pour le VIH en âge de procréer a constaté que 56 % de leurs plus récentes grossesses étaient non prévues¹⁵. L'un des objectifs des présentes lignes directrices est d'encourager les fournisseurs de soins de santé à discuter de planification de la grossesse (y compris la contraception) avec leurs patientes dès que possible à la suite du diagnostic, et ce, afin de réduire la fréquence des grossesses non prévues et de réduire le risque de transmission tant verticale qu'horizontale du VIH.

HIV/SIDA ET DROITS DE L'HOMME

L'Organisation mondiale de la santé déclare que « tous les couples et toutes les personnes disposent du droit de décider librement et en toute connaissance de cause du nombre et de l'espacement des naissances, et d'obtenir accès à l'information, à l'éducation et aux moyens qui leur permettront d'exercer ce droit »¹⁶. Cela s'applique également aux personnes séropositives pour le VIH ou atteintes du sida. Les droits des personnes infectées et affectées par le VIH sont fréquemment bafoués, ce qui peut affecter leurs intentions et leurs souhaits quant au fait d'avoir des enfants. Nous devons intégrer ces principes directeurs à tous les aspects des soins de fertilité et des services de planification de la grossesse en présence du VIH, ainsi qu'à ceux de la prise en charge et du soutien des personnes séropositives pour le VIH au Canada. Les recommandations formulées doivent être factuelles et leur mise en œuvre doit être flexible et sensible aux différences ethnoculturelles; ces recommandations doivent également tenir compte de besoins locaux / populationnels divers et contigus et des déterminants sociaux de la santé¹⁷.

PORTÉE DU DOCUMENT

Les présentes lignes directrices ne traitent pas de la prise en charge ni du dépistage du VIH pendant la grossesse, puisque ces renseignements sont disponibles ailleurs¹⁸. De

façon semblable, puisqu'il existe déjà des lignes directrices traitant des questions de fertilité et d'infertilité au sein de la population générale, ces sujets ne seront pas traités dans le cadre du présent document¹⁹. La question de la période postpartum et des options quant à l'alimentation du nourrisson, en ce qui concerne les personnes séropositives pour le VIH, déborde du cadre du présent document.

ASSURER LA SANTÉ DE LA MÈRE, DE L'ENFANT ET DE LA FAMILLE

Bien que la prise en charge du VIH dans le cadre de la planification de la grossesse mette en jeu de nombreuses considérations particulières, il est important de ne pas perdre de vue que la plupart des recommandations générales traitant de la planification de la grossesse sont également applicables aux personnes et aux couples séropositifs pour le VIH.

L'Agence de la santé publique du Canada constitue une source importante de renseignements permettant d'assurer la santé de la mère, de l'enfant et de la famille. Le document intitulé « Bien manger avec le Guide alimentaire canadien » offre aux femmes les renseignements dont elles ont besoin pour bien s'alimenter pendant la grossesse et offre des conseils s'adressant particulièrement à toutes les femmes en âge de procréer. Des recommandations détaillées concernant la grossesse et l'allaitement y sont offertes à l'intention des professionnels de la santé. L'Agence de la santé publique du Canada a décrit la consommation d'alcool pendant la grossesse comme étant « une importante question sociale et de santé publique pour les Canadiens », reconnaissant ainsi la prise de conscience sociale de plus en plus prévalente en ce qui a trait aux importants coûts personnels et sociaux qui sont associés à l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale²⁰. En plus des lignes directrices traitant particulièrement de la consommation d'alcool et de la nutrition pendant la grossesse, l'Agence de la santé publique du Canada a publié le document intitulé « Le guide pratique d'une grossesse en santé », lequel offre des conseils en ce qui concerne la nutrition générale, l'acide folique, l'alcool, l'activité physique, le tabagisme et la santé orale²¹.

De plus, la SOGC a publié de nombreuses directives cliniques traitant de la plupart de ces sujets²².

Recommandations

1. Des services de counseling en matière de santé génésique, y compris la contraception et la planification de la grossesse, devraient être offerts à toutes les personnes séropositives pour le VIH en âge de procréer, peu de temps après le diagnostic du VIH et de façon continue par la suite. (II-3A)

2. Les hommes et les femmes devraient bénéficier de conseils traitant de tous les aspects pertinents de la planification de la grossesse (comme le maintien d'un régime alimentaire et d'un mode de vie sains, le risque de voir apparaître une maladie génétique et le dépistage prénatal intégré, tel que décrit dans les directives cliniques canadiennes actuelles), et ce, sans égard à leur statut connu quant au VIH. (III-A)
3. Les femmes ne présentant aucun facteur de risque devraient commencer à prendre de l'acide folique (sous forme de suppléments vitaminiques) à raison de 1 mg par jour pendant trois mois avant d'obtenir une grossesse, ainsi qu'au moins pendant les trois premiers mois de la grossesse. (II-3A)
4. Les femmes devraient être encouragées à abandonner le tabagisme, à cesser de consommer de l'alcool et des drogues à usage récréatif, et devraient être orientées vers des services de soutien, au besoin. (III-A)
5. Les deux parents éventuels devraient être soumis à un dépistage visant d'autres infections transmissibles sexuellement, même lorsqu'ils sont parvenus à obtenir une grossesse par le passé et qu'ils ne présentent aucun symptôme d'infection. (III-A)

FACTEURS PSYCHOSOCIAUX / DE SANTÉ MENTALE ASSOCIÉS À LA FERTILITÉ ET À LA PLANIFICATION DE LA GROSSESSE EN PRÉSENCE DU VIH

Toutes les personnes ou tous les couples planifiant une grossesse doivent prendre en considération les implications liées aux facteurs psychosociaux et de santé mentale. Un fardeau additionnel est placé sur les personnes ou les couples séropositifs pour le VIH en raison de la stigmatisation et de la discrimination associées à cette pathologie et aux risques de transmission. Les personnes séropositives pour le VIH qui envisagent une grossesse pourraient avoir des préoccupations quant à la stigmatisation et à la discrimination dont elles feront l'objet simplement en raison de leur choix d'avoir des enfants, et pourraient en venir à craindre de se sentir coupable de devenir enceinte ou d'allaiter, ou d'avoir à subir la désapprobation de leur parenté, de leurs amis ou des membres de leur communauté et de les voir leur retirer leur soutien. Tout comme dans le cas des questions d'ordre juridique et éthique, nous ne disposons que de peu de renseignements à ce sujet; les recommandations visant l'offre de services de counseling psychosocial ont été formulées en fonction du consensus constaté chez les spécialistes de la question.

La transition vers la fonction parentale est souvent la source d'une grande joie, mais elle constitue également un

des événements majeurs de la vie et peut donc donner lieu à un stress et à une anxiété considérables²³⁻²⁵. Lorsqu'un ou les deux parents éventuels sont séropositifs pour le VIH, ce stress peut être considérablement accru. Même en 2009, la stigmatisation et la marginalisation associées au VIH continuait d'imposer un fardeau psychologique significatif aux personnes affectées^{26,27}. Une étude menée en 2007 a indiqué que les professionnels de la santé jouent un rôle important dans la discrimination généralisée dont font l'objet les personnes séropositives pour le VIH qui souhaitent avoir des enfants²⁸. Ainsi, le milieu dans lequel vivent les parents séropositifs pour le VIH peut facilement être à l'origine d'un état de détresse psychologique.

Bien que les besoins en santé mentale des femmes enceintes aient fait l'objet d'études²⁹⁻³¹, les besoins particuliers des femmes enceintes séropositives pour le VIH en matière de santé mentale demeurent plus obscurs. Une importante étude américaine menée en 2004 s'est penchée sur des femmes issues de minorités ethniques qui étaient enceintes et séropositives pour le VIH dans quatre régions des États-Unis³². Les chercheurs de cette étude ont constaté que les symptômes de dépression étaient graves et que l'isolement social, le stress perçu et les stratégies d'adaptation inefficaces figuraient parmi les facteurs associés à la dépression. À l'inverse, la présence d'un partenaire soucieux du bien-être de sa compagne était associée à un nombre moindre de symptômes de dépression. Ce type de recherche pourrait permettre l'élaboration d'interventions adéquates qui atténueront le risque de morbidité psychologique auquel sont exposées les femmes séropositives pour le VIH au cours de la planification de la grossesse et de la période prénatale.

Une étude longitudinale, menée auparavant par Larrabee et coll.³³ au Texas, a effectué le suivi (de la période prénatale jusqu'à six mois à la suite de l'accouchement) de 21 femmes séropositives pour le VIH et de 21 femmes séronégatives pour le VIH au moyen du *Medical Outcome Survey-Short Form*, et ce, en vue d'évaluer la qualité de vie globale. En général, les femmes séropositives pour le VIH ont signalé une hausse de la détresse liée à la santé et une transition plus difficile pendant la période prénatale, par comparaison avec ce qu'ont signalé les témoins séronégatifs pour le VIH. Une différence similaire a été constatée à six mois postpartum, mais non pas au cours de la période périnatale. Une fois de plus, la séropositivité semble être associée à une santé mentale moindre pendant la grossesse.

Peu d'études ont été publiées sur les préoccupations des pères en matière de santé mentale; cette rareté des études est encore plus marquée en ce qui concerne les études traitant de la santé mentale des pères séropositifs pour le VIH^{34,35}. Toutefois, nous savons que le comportement du père au cours des premières semaines suivant l'accouchement peut

considérablement affecter la santé mentale des nouvelles mères³⁵, particulièrement en ce qui concerne la dépression postpartum (laquelle présente un taux de prévalence d'environ 10 %) ^{36,37}. Au fur et à mesure de l'allongement de l'espérance de vie des personnes séropositives pour le VIH et de l'amélioration de leur qualité de vie (lorsqu'ils ont accès à une médication), ce domaine de recherche prendra de plus en plus d'importance.

Recommandations

6. Les services de counseling devraient être offerts (par un professionnel de la santé averti ou un compagnon-conseiller formé) d'une façon non moralisatrice qui tient compte du bien-être, de la diversité sexuelle et des croyances et pratiques ethnoculturelles ou religieuses des patientes. (III-A)
7. Les services de counseling devraient comprendre une discussion sur le risque potentiel de transmission horizontale (entre les partenaires) et verticale (de la mère à l'enfant) et sur la façon dont ce risque pourrait affecter la santé mentale de l'un ou des deux parents. (III-A)
8. Les personnes séropositives pour le VIH qui envisagent une grossesse devraient être avisées de la stigmatisation et de la discrimination dont elles pourraient faire l'objet de la part de personnes qui en connaissent moins sur la façon dont le VIH est transmis (de façon horizontale et verticale). De surcroît, les femmes séropositives pour le VIH qui n'allaitent pas devraient être avisées de la désapprobation dont elles pourraient faire l'objet de la part des gens qui ne connaissent pas leur statut quant au VIH. (II-3A)
9. Des services de counseling approfondis pourraient être suggérés pour aider les couples et les personnes à surmonter plus efficacement la peur, la stigmatisation et d'autres facteurs psychosociaux, tels que la dépression postpartum. (II-3A)

QUESTIONS JURIDIQUES ET ÉTHIQUES

Les questions juridiques, éthiques et de politique associées à la grossesse et au VIH demeurent problématiques, et les lignes directrices sont toujours en évolution en raison de l'absence de politiques et des incohérences de la jurisprudence en ce qui concerne la criminalisation de la non-divulgaration du statut quant au VIH dans les cas où les relations sexuelles étaient, autrement, consensuelles. Cette section des présentes lignes directrices repose donc sur le consensus constaté chez les spécialistes et sur l'hypothèse selon laquelle les personnes séropositives pour le VIH ont droit à la liberté génésique sans discrimination.

Les personnes séropositives pour le VIH qui planifient une grossesse doivent obtenir accès à des services de santé qui les aideront à faire face aux facteurs médicaux et psychosociaux qui sont mis en cause; toutefois, cela les oblige habituellement à divulguer leur statut quant au VIH à leurs partenaires et à d'autres parties. Un rapport publié en 2004 par l'Organisation mondiale de la santé (lequel résumait les obstacles à la divulgation du statut sérologique quant au VIH par les femmes issues de pays ne disposant que de faibles ressources) indique que, parmi les raisons les plus couramment citées en ce qui concerne la non-divulgation aux partenaires, on trouve la peur de se voir accuser d'infidélité, d'être abandonnée, de faire l'objet de discrimination et de subir de la violence³⁸.

La peur de divulguer son statut quant au VIH peut également soulever des difficultés au sein des pays disposant de ressources importantes. Un récent exposé de cas laissait entendre que les pressions culturelles et familiales contribuaient à l'incapacité de la mère de respecter son traitement antirétroviral pendant la grossesse et l'allaitement (ce qui se soldait en une transmission verticale)¹⁷. En ce qui concerne la non-divulgation criminelle de la séropositivité pour le VIH quant aux activités sexuelles, les lois canadiennes poursuivent leur évolution en fonction de la jurisprudence. En 1998 (R. c. Cuerrier³⁹), la Cour suprême du Canada a statué que les personnes séropositives pour le VIH pouvaient être reconnues coupables d'infractions graves (telles que les voies de fait graves), si elles ne divulguaient pas leur statut quant au VIH à leurs partenaires sexuels en présence d'un risque significatif de transmission du VIH. Selon le Réseau juridique canadien VIH/sida, les accusations dans ce type de cas deviennent de plus en plus graves : l'agression sexuelle grave (laquelle s'accompagne d'une peine maximale d'emprisonnement à perpétuité) et même le meurtre⁴⁰.

La Suisse a adopté une approche différente envers la criminalisation de la transmission du VIH. Dans le cadre d'une déclaration publique qui est parue dans le *Bulletin des Médecins Suisses*⁴¹, le Dr Pietro Vernazza et ses collègues ont avancé que les personnes séropositives pour le VIH se soumettant à un traitement antirétroviral efficace ne pouvaient transmettre le VIH par contact sexuel, tant et aussi longtemps que les critères suivants étaient respectés : 1) la personne séropositive pour le VIH respecte les modalités du cART sous la supervision d'un médecin; 2) sa charge virale est demeurée indétectable au cours des six mois précédents; et 3) la personne ne présente aucune autre infection transmissible sexuellement. Le rapport en vient à la conclusion que les relations sexuelles non

protégées se déroulant entre une personne séropositive pour le VIH et une personne séronégative pour le VIH ne constituent pas un cas de négligence criminelle lorsque les critères susmentionnés ont été respectés. Cela cadre avec un document d'orientation politique de l'ONUSIDA⁴² qui déclare que les accusations criminelles portées contre les personnes séropositives pour le VIH qui transmettent le virus par contact sexuel ne peuvent être justifiées lorsque la personne accusée « a pris des mesures raisonnables pour atténuer le risque de transmission ». Dans un tel cas, les mesures raisonnables comprendraient l'observance du cART.

Bien que nous ne disposions que de peu de renseignements sur les effets des lois visant la criminalisation de la transmission du VIH sur la planification de la grossesse, il existe bel et bien des cas juridiques traitant de cette question. En 2006, une femme séropositive pour le VIH de Hamilton, en Ontario, a été reconnue coupable d'avoir omis d'assurer les nécessités de l'existence en raison du fait qu'elle n'avait pas divulgué sa séropositivité pour le VIH à ses médecins, les empêchant ainsi d'administrer un traitement antirétroviral à son enfant immédiatement après la naissance (ce traitement aurait alors permis une réduction significative du risque d'infection au VIH auquel l'enfant était exposé). L'enfant s'est avéré séropositif pour le VIH à l'âge de deux mois et la mère a été condamnée à une peine d'emprisonnement de six mois avec sursis à servir dans la communauté⁴³.

L'imposition de peines criminelles pour la non-divulgation de la séropositivité pour le VIH avant la tenue de relations sexuelles autrement consensuelles dissuaderont, sans nul doute, les personnes séropositives pour le VIH qui envisagent une grossesse. Bien que, dans le cas d'un homme ou d'une femme séropositive pour le VIH, le fait d'avoir un enfant ne soit pas considéré comme étant illégal au Canada, la criminalisation de la non-divulgation pourrait exercer un effet dissuasif sur la divulgation du statut quant au VIH aux fournisseurs de soins de santé et aux partenaires, ce qui pourrait mener à des grossesses non prévues et limiter l'accès aux soins prénataux et aux services de counseling en matière de conception. Idéalement, les médecins et les autres fournisseurs de soins devraient être invités à participer au processus dès la période préconceptionnelle dans le cas des femmes séropositives pour le VIH, et ce, de façon à ce que des mesures de prévention systématiques puissent être planifiées, en plus de la mise en œuvre d'un cART, pour réduire les taux de transmission.

Un article publié en 1996 par Williams et coll. a analysé les rares données disponibles sur la prise de décisions

généralistes chez les femmes séropositives pour le VIH et a constaté que le fait de se savoir infectée par le VIH n'était pas associé à l'interruption de grossesse ou à la prévention de grossesses subséquentes⁴⁴. Voilà qui confirme le fait que les femmes séropositives pour le VIH ont et continueront d'avoir des enfants; ainsi, les professionnels de la santé doivent être prêts à les orienter dans ce processus. Des préoccupations d'ordre éthique sont associées à toutes les grossesses et aux interventions de conception et de procréation assistée; la SOGC a publié des directives cliniques traitant de ces préoccupations²². Les considérations éthiques courantes dans les cas d'infection au VIH (telles que la santé des parents éventuels et leur capacité financière de prendre soin d'un enfant) sont de nature raisonnable et devraient faire l'objet de discussions avec les personnes et les couples séropositifs pour le VIH. Bon nombre de fournisseurs de soins citent des considérations d'ordre «éthique» pour motiver leur refus d'offrir des soins à ces femmes. Ces considérations sont souvent d'«apparence» éthique (telles que le fait de s'inquiéter qu'un enfant ou un partenaire en viendra à être infecté par le VIH) ou encore fondées sur des stéréotypes associés à des antécédents de toxicomanie. Ces perceptions proviennent généralement d'un manque d'information ou du fait d'avoir omis d'analyser les données scientifiques actuelles sur la réduction du risque de transmission du VIH et/ou du fait de refuser de les accepter. Le refus d'offrir des services de réduction du risque de transmission du VIH aux personnes qui planifient une grossesse est en lui-même contraire à l'éthique, en plus de contrevenir au droit à la non-discrimination et au droit de décider librement et en toute connaissance de cause du nombre et de l'espacement des naissances⁴⁵.

Recommandations

10. Toutes les personnes séropositives pour le VIH devraient bénéficier de conseils quant aux ramifications juridiques possibles de la non-divulgence de leur statut quant au VIH à leur(s) partenaire(s) sexuel(s). (III-A)
11. Les femmes séropositives pour le VIH qui envisagent une grossesse devraient bénéficier de conseils quant à la possibilité de devoir faire face à des poursuites en justice si elles ne permettent pas l'administration d'un traitement antirétroviral à leur enfant après la naissance. (III-B)
12. Les considérations d'ordre éthique, y compris celles qui sont associées à l'état de santé des personnes ou des couples séropositifs pour le VIH, devraient faire l'objet de discussions dans le cadre des services de counseling offerts pendant la période préconceptionnelle. (III-B)

TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL COMBINÉ ET AUTRES MÉDICAMENTS AU COURS DE LA PLANIFICATION DE LA GROSSESSE

De nombreuses données de recherche ont démontré que le cART efficace permettait non seulement de prolonger la vie des personnes séropositives pour le VIH, mais également de réduire considérablement le risque de transmission tant horizontale que verticale du VIH, menant ainsi à une augmentation du nombre de personnes séropositives pour le VIH ayant ou planifiant avoir des enfants^{1-5,7-10}. Ces percées affectent tant les hommes que les femmes en réduisant la charge virale pour atténuer le risque de transmission horizontale du VIH et, dans le cas des femmes, le risque de transmission verticale. Il y a consensus quant au fait que le cART administré pendant la grossesse devrait prendre en considération la santé tant de la mère que de l'enfant et que, à quelques exceptions près, le cART est généralement sûr pendant la grossesse. La sélection du cART pendant la grossesse devrait prendre en considération les médicaments qui sont efficaces chez la mère (et tolérés par celle-ci) et qui présentent la plus faible toxicité possible pour le fœtus et le nouveau-né. En particulier, la mère devrait être traitée non seulement en vue de prévenir la transmission verticale du VIH, mais également en vue de s'assurer qu'elle reçoit bien un traitement optimal. Tant les lignes directrices canadiennes de consensus quant aux soins à offrir aux femmes enceintes séropositives pour le VIH (*Putting Recommendations into Practice*) que les lignes directrices du *United States Department of Health and Human Services* indiquent que les femmes qui ne reçoivent pas déjà un cART pour leur propre santé avant de devenir enceintes peuvent reporter le début du traitement jusqu'à la suite du premier trimestre. Le fait de différer le traitement jusqu'au deuxième trimestre a pour but d'atténuer les effets tératogènes théoriques (le cas échéant) du cART, lesquels pourraient être plus prononcés au cours du premier trimestre. Les cliniques de fertilité exigent généralement que les femmes séropositives pour le VIH se soumettent à un cART efficace avant de leur offrir des services de fertilité, peu importe si ces femmes nécessitent ou non un cART pour assurer le maintien de leur propre santé. Cette pratique est soutenue par les résultats récemment présentés en conférence en ce qui concerne la cohorte française; ces résultats indiquent que le fait d'avoir démarré un cART avant la conception ou tôt pendant le premier trimestre a mené à l'obtention du taux de transmission verticale le plus faible (de 0 % à 0,6 %) ⁴⁶.

Peu de discussions sont tenues quant aux avantages, pour les hommes et les femmes qui ne nécessitent pas un cART

pour assurer le maintien de leur propre santé, de démarrer un cART pendant la période préconceptionnelle. Le fait de démarrer le traitement avant la conception constitue une question de réduction du risque de transmission horizontale (puisque la réduction de la charge virale plasmatique est souvent en corrélation avec la réduction de la charge virale dans le sperme et les sécrétions vaginales) et devrait faire l'objet de discussions avec la patiente dans tous les scénarios, afin de réduire le risque auquel est exposé son partenaire séronégatif pour le VIH ou le risque de surinfection auquel est exposé son partenaire séropositif pour le VIH⁴⁷⁻⁴⁹.

Plusieurs études en cours se penchent actuellement sur l'efficacité de la prophylaxie préexposition au VIH en matière de prévention de la transmission du VIH au partenaire non infecté d'un couple sérodiscordant pendant la conception. Les *United States Centers for Disease Control and Prevention* ont publié un document d'orientation intérimaire traitant de l'utilisation de la prophylaxie préexposition chez les hommes homosexuels⁵⁰. Ce document est principalement fondé sur les résultats obtenus par les chercheurs de l'étude *Pre-Exposure Prophylaxis Initiative*⁵¹, laquelle a démontré l'efficacité de la prophylaxie préexposition au sein de cette population. À l'heure actuelle, les *Centers for Disease Control and Prevention* ne recommandent pas l'utilisation de la prophylaxie préexposition chez les femmes à des fins de prévention du VIH, et ce, parce que le *FEM-PrEP Project* (une étude se penchant sur la prophylaxie préexposition à des fins de prévention du VIH chez les femmes hétérosexuelles)⁵² a été stoppé de façon précoce en raison du fait qu'il était extrêmement peu probable que ce projet soit en mesure de démontrer l'efficacité du Truvada (emtricitabine et fumarate de tenofovir disoproxil) en matière de prévention de l'infection au VIH chez les femmes.

Nous disposons de nombreux médicaments n'étant pas associés au cART qui peuvent être administrés aux personnes séropositives pour le VIH pour contrer des pathologies concomitantes (y compris, entre autres, l'hépatite C et la dépression) et les événements indésirables liés au cART. Les cliniciens devraient passer en revue tous les traitements prescrits, en vente libre et de médecine parallèle (ainsi que les drogues illicites) qu'utilisent les personnes séropositives pour le VIH avant la conception. Plus particulièrement, les cliniciens sont priés de ne pas perdre de vue que le traitement contre l'hépatite C est considéré comme étant tératogène, qu'il soit utilisé par l'homme ou la femme. Le traitement contre l'hépatite C devrait être stoppé au moins six mois avant la mise en œuvre de tentatives d'obtenir une grossesse.

Recommandations

13. Les cliniciens devraient passer en revue tous les médicaments pouvant être utilisés par les femmes et les hommes séropositifs pour le VIH (y compris les antidépresseurs, les analgésiques, les médicaments en vente libre et les traitements contre l'hépatite), et ce, afin de s'assurer de leur innocuité pendant la conception et la grossesse. (II-3A)
14. Toutes les femmes et tous les hommes séropositifs pour le VIH qui nécessitent un traitement antirétroviral combiné pour le maintien de leur propre santé au cours de la période préconceptionnelle devraient être avisés de poursuivre leurs schémas posologiques actuels; toutefois, les femmes ne devraient utiliser aucun médicament potentiellement tératogène ou considéré comme étant toxique pendant la grossesse (elles devraient plutôt leur substituer d'autres médicaments lorsque cela s'avère nécessaire ou possible). Le schéma posologique le plus efficace pouvant être utilisé en toute sûreté pendant la grossesse est celui qui devrait être sélectionné. (II-3A)
15. Les femmes séropositives pour le VIH qui ne nécessitent pas un traitement antirétroviral combiné pour le maintien de leur propre santé doivent envisager de démarrer un traitement avant de devenir enceinte ou avant la fin du premier trimestre de la grossesse. Le schéma posologique le plus efficace pouvant être utilisé en toute sûreté pendant la grossesse est celui qui devrait être sélectionné. (II-3A)
16. Les femmes et les hommes séropositifs pour le VIH qui nécessitent un traitement devraient être encouragés à démarrer un traitement antirétroviral combiné au cours de la période préconceptionnelle afin de réduire leur charge virale plasmatique du VIH, ce qui peut mener à la réduction du risque de transmission du VIH auquel est exposé leur partenaire séronégatif pour le VIH ou du risque de surinfection auquel est exposé leur partenaire séropositif pour le VIH. (II-3B)
17. Toutes les décisions quant à l'utilisation d'un traitement antirétroviral combiné et d'autres médicaments pendant la grossesse devraient être prises en consultation avec des experts, tels que les spécialistes du VIH et les pharmaciens. (III-A)

OPTIONS POUR LA RÉDUCTION DU RISQUE DE TRANSMISSION HORIZONTALE DU VIH PENDANT LA CONCEPTION

Les personnes et les couples séropositifs pour le VIH qui souhaitent obtenir une grossesse doivent tenir compte

du risque de transmission horizontale du VIH pendant la conception. Ce risque dépend d'un certain nombre de variables, y compris le statut sérologique de chacun des partenaires quant au VIH (c.-à-d. une femme séropositive pour le VIH et un homme séronégatif pour le VIH ou un homme séropositif pour le VIH et une femme séronégative pour le VIH), ainsi que la charge virale plasmatique et le taux de virus pharmacorésistant de chacun des parents éventuels. Les couples et les personnes devraient se voir offrir des conseils exhaustifs au sujet de toutes les méthodes de réduction du risque de transmission horizontale du VIH avant la conception, de façon à pouvoir prendre une décision éclairée quant au choix de la méthode de conception la mieux adaptée à leur situation particulière. De surcroît, les parents éventuels devraient être avisés du taux de réussite, de la disponibilité et du coût de chacune des options de conception.

Conception naturelle menée à un moment précis

Ce n'est que récemment que la conception naturelle a commencé à être considérée comme étant une option à la disposition des personnes séropositives pour le VIH. Bien qu'elle ne s'adresse pas à tous, la conception naturelle s'avère acceptable dans certaines circonstances et la nature de chaque cas particulier se doit d'être évaluée. Les parents éventuels doivent avoir une discussion franche au sujet des risques de transmission horizontale du VIH pour pouvoir prendre une décision éclairée quant à cette option. Le risque relatif de transmission horizontale du VIH mis en jeu dans le cadre de la conception naturelle dépend de la charge virale plasmatique du partenaire séropositif pour le VIH, de la fréquence des relations sexuelles, de la présence d'infections transmissibles sexuellement concomitantes et de l'identité du partenaire infecté^{41,52,53}. Les personnes séropositives pour le VIH qui n'ont pas accès à des services de procréation assistée ou qui ne peuvent financièrement se permettre de les utiliser pourraient être plus susceptibles de tenter la conception naturelle. De plus, les personnes séropositives pour le VIH qui craignent qu'une stigmatisation ne soit associée à leur utilisation de services de procréation assistée pourraient être plus susceptibles d'envisager la conception naturelle. La tenue d'autres recherches s'avère requise pour déterminer les facteurs pris en considération dans le cas des couples qui décident d'obtenir une grossesse de façon naturelle. Pour ce qui est des hommes séropositifs pour le VIH qui n'utilisent pas de cART, le risque de transmission du VIH à leur partenaire féminine non infectée se situe entre 0,1 % et 0,3 % par relation sexuelle⁵⁴, lorsque l'on présume que le couple en question vit une relation stable et que les partenaires ne prennent part à aucune autre forme d'activité les exposant à un risque élevé⁵⁴. Sans l'intervention du cART, le risque

qu'une femme séropositive pour le VIH transmette ce dernier à son partenaire non infecté est signalé comme se situant entre 0,03 % et 0,09 %⁵⁴. En général, il peut y avoir une concordance entre la charge virale plasmatique et la charge virale des sécrétions génitales. Toutefois, les personnes séropositives pour le VIH et leurs partenaires non infectés devraient être avisés que cela n'est pas toujours le cas. Le cART atténue davantage le risque lorsqu'une suppression virale à long terme est atteinte. Normalement, la charge virale du sperme est inférieure à celle du sang; cependant, cela est grandement influencé par l'utilisation d'un cART (dont la capacité à connaître une pénétration optimale des voies génitales est reconnue) et par l'absence d'infections transmissibles sexuellement concomitantes et celle d'une pharmacorésistance⁵⁵⁻⁵⁷. Il est possible d'obtenir une charge virale indétectable dans les sécrétions génitales grâce à l'utilisation à long terme du cART; toutefois, les tests biologiques permettant de détecter la charge virale des sécrétions génitales ne sont pas faciles à obtenir⁵⁸.

Au début de 2008, la *Swiss Federal Commission for HIV/AIDS* a publié une déclaration controversée rédigée par Vernazza et coll.⁴¹ (connue sous le nom de la déclaration suisse) qui avançait qu'une personne infectée par le VIH se soumettant à un traitement antirétroviral et présentant une virémie complètement supprimée (traitement antirétroviral efficace) n'est pas infectieuse sur le plan sexuel et ne peut transmettre le VIH par contact sexuel, pour autant « qu'elle se soumette au traitement antirétroviral de façon régulière et tel que prescrit, qu'elle fasse l'objet d'un suivi médical régulier, que sa charge virale soit indétectable (c.-à-d. < 40 copies/ml) depuis au moins six mois et qu'elle ne présente aucune autre infection transmissible sexuellement ». Ainsi, bien qu'il subsiste un léger risque de transmission^{59,60}, certains couples sérodiscordants choisissent de procéder à des relations sexuelles non protégées à un moment précis (seulement pendant l'ovulation), et ce, afin de réduire le nombre d'expositions au VIH que doit subir le partenaire non infecté et d'accroître la probabilité d'obtenir une grossesse. Les femmes devraient être orientées vers des fournisseurs de soins de santé et vers les sites Web des organismes de santé pertinents pour obtenir de l'information au sujet de la chronologie de l'ovulation. Des trousses permettant d'établir la chronologie de l'ovulation sont disponibles en vente libre dans la plupart des pharmacies.

Insémination à la maison

L'insémination à la maison constitue une option de conception particulièrement populaire chez les femmes séropositives pour le VIH dont le partenaire est séronégatif pour le VIH, ainsi que chez les couples lesbiens et chez les célibataires séropositives pour le VIH qui ont accès à

des dons de sperme. L'intervention nécessite la collecte du sperme du partenaire ou d'un donneur dans un contenant stérile ou un condom. Le sperme est ensuite introduit dans une seringue sans aiguille, puis inséré dans le vagin aussi près du col utérin que possible. Les résultats obtenus sont optimaux lorsque l'insémination est effectuée pendant l'ovulation. Il s'agit d'une méthode particulièrement attrayante, puisqu'elle est très peu coûteuse et qu'elle ne nécessite pas l'aide d'un spécialiste de la fertilité. Lorsque l'insémination à la maison ne parvient pas à donner lieu à une grossesse après de trois à six mois de tentatives, les femmes séropositives pour le VIH devraient être avisées de chercher à obtenir l'aide d'un spécialiste de la fertilité.

Lavage du sperme

Le lavage du sperme est une option de fertilité bien établie, efficace et sûre pour la réduction du risque chez les couples sérodiscordants dans lesquels l'homme est séropositif pour le VIH et la femme est séronégative pour le VIH, ainsi que chez les couples séroconcordants dans les cas où la surinfection constitue une préoccupation. Le sperme est centrifugé pour séparer les spermatozoïdes vivants (qui ne portent pas le VIH) du plasma séminal et des cellules non germinales (qui peuvent porter le VIH), pour ensuite être introduit dans la partenaire au moment de l'ovulation. Cette pratique est bien soutenue par la littérature (laquelle est volumineuse)^{12,61-75}. En termes techniques, le lavage du sperme nécessite la centrifugation de l'éjaculat dans un gradient de densité de silice colloïdale (de 40 % à 80 %) en vue de séparer progressivement les spermatozoïdes mobiles exempts de VIH des composants non germinaux et du plasma séminal (lesquels demeurent dans le centrifugat). Le concentré de spermatozoïdes se trouvant au fond est ensuite remis en suspension dans un milieu frais et centrifugé deux fois de plus avant la mise en œuvre d'un « *swim-up* » (les spermatozoïdes mobiles nagent et se séparent du reste) final. Il n'y a pas de consensus chez les chercheurs quant à la nécessité de procéder au dépistage de l'ARN du VIH chez les spermatozoïdes lavés avant l'utilisation du prélèvement. Une amplification séquentielle fondée sur les acides nucléiques (NASBA; Biomerieux, Basingstoke, UK) ou une analyse commerciale semblable peuvent être utilisées; cependant, ces analyses ne sont pas offertes sur le marché au Canada. Le risque que le prélèvement présente une quantité détectable de VIH se situe entre 3 % et 6 %. Cela s'explique par le fait que, dans une faible proportion des cas, la centrifugation ne parvient pas à retirer tous les leucocytes et tout le plasma séminal. Le nombre de lavages est limité puisque la centrifugation répétée mène à une perte de qualité et à une diminution du nombre de spermatozoïdes. Une technique double-tube a été proposée pour accroître le rendement et atténuer la nécessité de procéder au dépistage du VIH à la

suite du lavage. Malheureusement, cette technique n'a pas été adoptée par la majorité des centres offrant le lavage du sperme, en raison du fait qu'elle n'est pas disponible sur le marché à l'heure actuelle. Selon les études publiées à ce jour, dans plus de 3 000 cycles de lavage de sperme (utilisés conjointement avec l'insémination intra-utérine, la fécondation *in vitro* et l'injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde), aucun cas d'infection de la partenaire n'a été signalé lorsque l'on procédait au lavage du sperme conformément aux protocoles publiés signalés¹². Une analyse rétrospective multicentrique ayant porté sur 1 036 couples sérodiscordants issus de huit centres européens offrant le lavage du sperme s'est penchée sur 2 840 cycles d'IIU, 107 cycles de FIV, 394 cycles d'IICS et 49 transferts d'embryon congelé. Au moins six mois à la suite du traitement, les femmes séronégatives pour le VIH ont fait l'objet d'un suivi rigoureux visant le VIH. Tous les tests dont les résultats ont été consignés chez ces femmes se sont avérés négatifs (7,1 % des sujets ayant été perdus pendant le suivi), ce qui donne une probabilité calculée de contamination égale à zéro (IC à 95 %, 0 - 0,09). Les taux de grossesse clinique consignés, toutes formes de traitement confondues, étaient comparables à ceux qui sont constatés pour les cycles menés chez des couples séronégatifs pour le VIH⁷⁶.

IIU, FIV et IICS

L'IIU, la FIV et l'IICS sont des techniques de fertilité qui peuvent réduire le risque de transmission du VIH au partenaire non infecté. L'IIU est la technique qui est la plus courante et elle est utilisée conjointement avec le lavage du sperme lorsque le partenaire est séropositif pour le VIH. Ce processus nécessite l'insertion des spermatozoïdes préparés directement dans l'utérus pendant l'ovulation. Pour les couples qui souhaitent réduire davantage le risque de transmission horizontale du VIH ou pour ceux qui présentent des problèmes de fertilité, le lavage du sperme peut être combiné au déclenchement de l'ovulation, à la FIV ou à l'IICS.

Par FIV, on entend l'intervention dans le cadre de laquelle les ovocytes sont exposés aux spermatozoïdes à l'extérieur de l'utérus et l'embryon fécondé est introduit dans l'utérus pour la période de gestation.

Certaines études ont indiqué qu'en raison du fait que, dans le cadre de l'IICS, la fécondation ne s'effectue qu'avec un seul spermatozoïde, le risque d'une transmission possible du VIH chez les couples sérodiscordants devrait être inférieur à celui qui est associé aux méthodes traditionnelles de procréation assistée. En effet, dans le cadre de l'IIU traditionnelle, les femmes reçoivent des millions de spermatozoïdes et, dans le cadre de la FIV classique, les ovocytes sont exposés à des milliers de spermatozoïdes⁷⁷.

La FIV et l'IICS sont toutes deux très dispendieuses (jusqu'à 15 000 \$ par cycle), ce qui restreint l'accès à ces interventions pour de nombreuses personnes séropositives pour le VIH.

Une méta-analyse menée en 2003 s'étant penchée sur l'efficacité des techniques de procréation assistée chez des couples sérodiscordants a constaté que ces techniques étaient moins efficaces au sein du groupe dans lequel la partenaire était infectée, le taux global de grossesse par tentative de procréation assistée étant alors de 6,7 %. Aucune grossesse n'a été obtenue à la suite de tentatives d'IUI, tandis que deux grossesses ont été obtenues à la suite de tentatives de FIV et d'IICS⁶⁶. Une étude de 2007 qui s'est penchée sur l'innocuité et l'efficacité de la procréation assistée (IUI, FIV et IICS) faisant appel au lavage du sperme pour les couples sérodiscordants en ce qui concerne le VIH-1 (au sein desquels le partenaire était infecté) a constaté l'obtention d'une grossesse à la suite de 580 cycles sur 3 315. Tout au long de la période de traitement, tous les couples devaient utiliser des condoms pendant leurs relations sexuelles. L'IUI a été l'intervention la plus fréquemment utilisée (soit dans 84 % des cas). Au nombre de ces 580 grossesses, on a recensé 112 fausses couches, huit grossesses extra-utérines, deux interruptions de grossesse et un décès intra-utérin. De façon globale, aucune transmission du VIH à la partenaire n'a été constatée (des renseignements de suivi complets étaient disponibles pour 967 des 1 036 cas)⁶⁷.

Don de sperme, don d'ovules et maternité de substitution

Le don de sperme, le don d'ovules et la maternité de substitution font l'objet d'un traitement en profondeur dans le cadre d'une déclaration de principe commune sur les questions éthiques en matière de procréation assistée rédigée par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada et la Société canadienne de fertilité et d'andrologie¹⁹. Toutefois, ces politiques ne traitent pas directement des questions auxquelles font face les personnes séropositives pour le VIH⁷⁸. Le don de sperme est à la disposition des femmes séropositives pour le VIH et des partenaires non infectés d'hommes séropositifs pour le VIH. La maternité de substitution ne constitue pas, à l'heure actuelle, une option au Canada pour les célibataires séropositifs pour le VIH ou les hommes séropositifs pour le VIH faisant partie d'un couple homosexuel. Le don de sperme de la part d'hommes séropositifs pour le VIH est interdit par le droit canadien; cependant, il peut être possible par l'intermédiaire du Programme d'accès spécial au sperme de donneur, dans les cas où la donataire est connue du donneur. Pour plus de renseignements, veuillez consulter Procréation assistée

Canada et des spécialistes de la fertilité. Les personnes et les couples séropositifs pour le VIH qui souhaitent obtenir un don de sperme, un don d'ovules ou une maternité de substitution sont susceptibles de nécessiter des conseils juridiques et des contrats.

Adoption

L'adoption est un processus juridique et social qui met en jeu le transfert (des géniteurs aux parents adoptifs) des droits quant à un enfant. Au Canada, l'adoption est de juridiction provinciale; ainsi, les conditions varient en fonction de l'emplacement géographique. Ces conditions peuvent également varier en fonction de la nature de l'adoption (privée, menée par l'intermédiaire du système public ou internationale)⁷⁹. Nous ne disposons pas de données actuelles sur le taux de réussite de l'adoption au Canada lorsqu'un ou les deux parents éventuels sont séropositifs pour le VIH. Aux États-Unis, *Lambda Legal* aident avec succès les couples homosexuels et les personnes séropositives pour le VIH à adopter des enfants.

RECOMMANDATIONS FONDÉES SUR UN SCÉNARIO POUR LA PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION HORIZONTALE DU VIH

Les recommandations fondées sur un scénario ont pour but de guider les fournisseurs de soins de santé au cours du processus de counseling préconceptionnel. Toutes les options, y compris leurs risques et leurs avantages, devraient être présentées aux parents éventuels afin de faciliter la prise d'une décision éclairée. Bien que les recommandations soient fondées sur l'avis de spécialistes quant à l'option la plus sûre et la plus pratique pour la plupart des personnes et des couples, elles pourraient ne pas toujours mener à la sélection de l'option la plus pratique ou à privilégier pour certaines patientes, et ce, en fonction de la disponibilité des services, des coûts, des croyances culturelles et des préférences personnelles. Dans de tels cas, les médecins et les autres fournisseurs de soins de santé devraient soutenir, de façon non moralisatrice, la décision du ou des patients en cause.

Femme séropositive pour le VIH et homme séronégatif pour le VIH

Les couples sérodiscordants quant au VIH au sein desquels la femme est séropositive pour le VIH et l'homme est séronégatif pour le VIH devraient bénéficier de services de counseling sur les risques et les avantages de la conception naturelle menée à un moment précis, de l'insémination à la maison, de l'IUI, de la FIV, de l'IICS, de l'option d'avoir recours à une mère gestatrice ou à de réels services de maternité de substitution et de l'adoption.

Recommandations

18. Pour ce qui est des couples sérodiscordants au sein desquels la femme est séropositive pour le VIH, il est préférable de tenter une insémination à la maison (au moyen du sperme du partenaire) au cours de l'ovulation, et ce, pendant une période de trois à six mois avant d'envisager le recours à d'autres méthodes. (III-A)
19. Lorsque l'insémination à la maison ne mène pas à l'obtention d'une grossesse, les couples devraient être orientés vers un gynécologue à des fins de consultation, puis vers un spécialiste de la fertilité pour l'obtention d'un bilan de fertilité exhaustif et d'un traitement approprié, au besoin, y compris des services de counseling sur toutes les techniques de procréation assistée lorsqu'une grossesse ne peut être obtenue dans un délai de six à douze mois. (III-A)

Célibataire séropositive pour le VIH ou femme séropositive pour le VIH vivant une relation homosexuelle

Les célibataires séropositives pour le VIH ou les femmes séropositives pour le VIH vivant une relation homosexuelle devraient bénéficier de services de counseling sur les risques et les avantages de l'insémination à la maison au moyen d'un don de sperme (donneur connu ou achat de sperme), de l'IIU au moyen d'un don de sperme, de la FIV au moyen d'un don de sperme, de l'IICS au moyen d'un don de sperme, de l'option d'avoir recours à une mère gestatrice ou à de réels services de maternité de substitution au moyen d'un don de sperme et de l'adoption.

Recommandation

20. Les célibataires séropositives pour le VIH ou les femmes séropositives pour le VIH vivant une relation homosexuelle devraient être orientées vers un spécialiste de la fertilité et devraient envisager l'option de l'insémination intra-utérine au moyen d'un don de sperme provenant d'un homme séronégatif pour le VIH. Cette option est à préférer à l'insémination à la maison au moyen d'un don de sperme, en raison du coût élevé du sperme et parce que le taux de réussite de l'insémination intra-utérine menée dans une clinique de fertilité est plus élevé que celui de l'insémination à la maison. Lorsque le sperme d'un donneur connu est utilisé aux fins de l'insémination intra-utérine, les règlements s'appliquant au don de sperme doivent être respectés. (III-A)

Homme séropositif pour le VIH et femme séronégative pour le VIH

Les couples sérodiscordants quant au VIH au sein desquels l'homme est séropositif pour le VIH devraient bénéficier de services de counseling sur les risques et les avantages de la conception naturelle menée à un moment précis, de l'insémination à la maison, de l'IIU faisant appel au lavage du sperme ou utilisant un don de sperme, de la FIV faisant appel au lavage du sperme ou utilisant un don de sperme, de l'IICS faisant appel au lavage du sperme ou utilisant un don de sperme et de l'adoption.

Recommandations

21. Les couples sérodiscordants au sein desquels l'homme est séropositif pour le VIH devraient être orientés vers un spécialiste de la fertilité et devraient envisager l'option privilégiée de l'insémination intra-utérine faisant appel au lavage du sperme. (II-2A)
22. Lorsque l'insémination intra-utérine ne mène pas à l'obtention d'une grossesse, les couples devraient envisager la fécondation *in vitro* ou l'injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde faisant appel au lavage du sperme ou utilisant un don de sperme. (II-3A)
23. Les hommes séropositifs pour le VIH qui ne nécessitent pas un traitement antirétroviral combiné pour le maintien de leur propre santé devraient être encouragés à entamer un tel traitement au cours de la période préconceptionnelle en vue de réduire la charge virale plasmatique du VIH, ce qui peut atténuer le risque de transmission du VIH à la partenaire séronégative pour le VIH. (II-3B)

Célibataire séropositif pour le VIH ou couple formé d'hommes homosexuels

Recommandation

24. Les célibataires séropositifs pour le VIH ou les hommes vivant une relation homosexuelle qui ont retenu les services d'une mère porteuse séronégative ou séropositive pour le VIH devraient être orientés vers un spécialiste de la fertilité. (III-A)

Homme séropositif pour le VIH et femme séropositive pour le VIH

Les couples hétérosexuels au sein desquels les deux partenaires sont séropositifs pour le VIH devraient bénéficier de services de counseling sur les risques et les avantages de la conception naturelle menée à un moment précis, de l'IIU faisant appel au lavage du sperme, de la FIV faisant appel au lavage du sperme, de l'IICS faisant appel au lavage du sperme et de l'adoption.

Recommandations

25. La conception naturelle menée à un moment précis est recommandée pour les couples séroconcordants qui se soumettent à un traitement antirétroviral combiné et qui présentent des charges virales plasmatiques du VIH entièrement supprimées. (II-3A)
26. Les couples séroconcordants devraient bénéficier de services de counseling sur les risques et les avantages de la conception naturelle menée à un moment précis (y compris la surinfection au VIH et la transmission de souches pharmacorésistantes du VIH). (II-3A)
27. Lorsque la conception naturelle menée à un moment précis ne mène pas à l'obtention d'une grossesse, les couples devraient être orientés vers un gynécologue à des fins de consultation, puis vers un spécialiste de la fertilité pour l'obtention d'un bilan de fertilité exhaustif et d'un traitement approprié, au besoin, y compris des services de counseling sur toutes les techniques de procréation assistée. (III-A)

PROBLÈMES DE FERTILITÉ EN PRÉSENCE DU VIH ET PRÉVENTION DE L'INFECTION AU VIH AU SEIN DES CLINIQUES DE FERTILITÉ**Explorations et prise en charge de l'infertilité**

Historiquement, les cliniques de fertilité du Canada se sont montrées hésitantes à offrir des services d'exploration et de prise en charge de la fertilité aux personnes séropositives pour le VIH. Les spécialistes de la fertilité s'entendent pour affirmer que cette situation est probablement attribuable à un manque d'information au sujet du VIH et à des préoccupations tournant autour de la possibilité de voir leur clientèle séronégative pour le VIH disparaître si elles en venaient à offrir leurs services à des personnes séropositives pour le VIH. Toutefois, bon nombre de cliniques de fertilité canadiennes offrent couramment des services d'exploration, de traitement et de stockage de prélèvements potentiellement infectés aux personnes qui présentent d'autres maladies infectieuses, telles que les hépatites B et C; des pratiques similaires peuvent être mises en œuvre pour assurer la manutention de prélèvements infectés par le VIH.

Puisque toutes les cliniques de fertilité devraient être exploitées conformément aux modalités prescrites par l'Association canadienne de normalisation en ce qui a trait aux précautions universelles et à la prévention des infections, le refus d'offrir des services aux personnes séropositives pour le VIH n'est pas fondé sur des données scientifiques.

Recommandations

28. Les personnes séropositives pour le VIH devraient bénéficier de services de counseling sur les problèmes de fertilité qui se manifestent au sein de la population générale, y compris les troubles génétiques et l'âge maternel avancé. (III-A)
29. Des services d'exploration et de prise en charge de l'infertilité devraient être offerts aux personnes séropositives pour le VIH, au besoin. (III-A)
30. Toutes les décisions entourant le recours au traitement antirétroviral combiné pendant la période préconceptionnelle et au cours de la grossesse devraient prendre en considération la santé de la personne séropositive pour le VIH visée et la réduction du risque de transmission horizontale et verticale du VIH. Les décisions au sujet du traitement antirétroviral combiné devraient être prises en consultation avec un spécialiste du VIH. (III-A)

Prévention de l'infection au VIH au sein des cliniques de fertilité

Les laboratoires de fertilité traitent systématiquement tous les prélèvements comme étant potentiellement infectieux, conformément aux modalités prescrites par l'Association canadienne de normalisation, et ce, en vue d'assurer la protection tant des travailleurs de la santé que des patients. Le stockage de substances potentiellement infectieuses dans des étuves et des contenants ségrégués pourrait entraîner une légère baisse du risque de contamination au VIH.

Recommandations

31. Les laboratoires de fertilité devraient respecter les lignes directrices de l'Association canadienne de normalisation en matière de prévention des infections au moment de manipuler des substances séropositives pour le VIH. (III-A)
32. Les substances potentiellement infectieuses devraient être stockées dans des étuves et des contenants ségrégués afin de réduire le risque de contamination au VIH. (III-A)
33. Des paillettes de bioconfinement devraient être utilisées aux fins du stockage des prélèvements, en vue d'accentuer la réduction du risque de contamination croisée auquel ces derniers sont exposés. (III-A)

APPLICABILITÉ

La mise en œuvre des recommandations décrites aux présentes pourrait en venir à se heurter à des obstacles. Des services de fertilité ne sont pas offerts aux personnes

et aux couples séropositifs pour le VIH dans toutes les provinces¹³. De plus, bon nombre des services de fertilité recommandés aux présentes sont coûteux et ne sont pas couverts par les régimes d'assurance santé provinciaux ou privés, ce qui revient à dire qu'ils se situent hors de la portée de nombreuses personnes séropositives pour le VIH.

RÉSUMÉ

La mise en œuvre des présentes lignes directrices viendra en aide aux personnes et aux couples séropositifs pour le VIH pour ce qui est de leurs besoins en matière de fertilité et de planification de la grossesse, et ce, par l'intermédiaire de l'offre de renseignements cliniques et de recommandations. Elle entraînera également une baisse du risque de transmission du VIH entre les partenaires et de sa transmission de la mère à l'enfant; elle aura aussi pour effet d'accroître la fréquence de la planification de la grossesse au sein de la population séropositive pour le VIH en offrant des options à sûreté accrue pour la conception, en atténuant la stigmatisation associée à la grossesse et au VIH, et en améliorant l'accès aux services de fertilité et de planification de la grossesse.

RÉFÉRENCES

1. Palella FJ Jr, Baker RK, Moorman AC, Chmiel JS, Wood KC, Brooks JT, et al. HIV Outpatient Study Investigators. Mortality in the highly active antiretroviral therapy era: changing causes of death and disease in the HIV outpatient study. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006;43:27-34.
2. Mocroft A, Ledergerber B, Katlama C, Kirk O, Reiss P, d'Arminio Monforte A, et al.; EuroSIDA study group. Decline in the AIDS and death rates in the EuroSIDA study: an observational study. *Lancet* 2003;362(9377):22-9.
3. 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.
4. Agence de la santé publique du Canada. VIH et sida au Canada. Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2007. Ottawa : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, 2008. Disponible : http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/2007/surveillance_2007_10-fra.php. Consulté le 25 avril 2011.
5. Agence de la santé publique du Canada. VIH et sida au Canada. Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2008. Ottawa : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, 2009. Disponible : <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/2008/dec/pdf/survrepdec08.pdf>. Consulté le 25 avril 2011.
6. Tharao W, Logie C, James L, Loutfy, M. "These are some of the things we need": women living with HIV discuss issues in their daily lives as research priorities. Oral abstract presented at Canadian Association for AIDS Researchers Conference Toronto 2011.
7. Ogilvie GS, Palepu A, Remple VP, Maan E, Heath K, MacDonald G, et al. Fertility intentions of women of reproductive age living with HIV in British Columbia, Canada. *AIDS* 2007;21(Suppl 1):583-8.
8. Loutfy MR, Hart TA, Mohammed SS, Su D, Ralph ED, Walmsley SL, et al.; Ontario HIV Fertility Research Team. Fertility desires and intentions of HIV-positive women of reproductive age in Ontario, Canada: a cross-sectional study. *PLoS ONE* 2009;4(12):e7925.
9. Oladapo OT, Daniel OJ, Odusoga OL, Ayoola-Sotubo O. Fertility desires and intentions of HIV-positive patients at a suburban specialist center. *J Natl Med Assoc* 2005;97:1672-81.
10. Nattabi B, Li J, Thompson SC, Orach CG, Earnest J. A systematic review of factors influencing fertility desires and intentions among people living with HIV/AIDS: implications for policy and service delivery. *AIDS Behav* 2009;13(5):949-68.
11. Semprini AE, Levi-Setti P, Bozzo M, Ravizza M, Taglioretti A, Sulpizio P, et al. Insemination of HIV-negative women with processed semen of HIV-positive partners. *Lancet* 1992;340:1317-9.
12. Sauer MV, Wang JG, Douglas NC, Nakhuda GS, Vardhana P, Jovanovic V, et al. Providing fertility care to men seropositive for human immunodeficiency virus: reviewing 10 years of experience and 420 consecutive cycles of in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection. *Fertil Steril* 2009;91(6):2455-60.
13. Yudin MH, Shapiro HM, Loutfy MR. Access to infertility services in Canada for HIV-positive individuals and couples: a cross-sectional study. *Reprod Health* 2010;7:7. doi:10.1186/1742-4755-7-7.
14. Newmeyer T, Tecimer SN, Jaworsky D, Chihrin S, Gough K, Rachlis A, et al. Case series of fertility treatment in HIV-discordant couples (male positive, female negative): the Ontario experience. *PLoS One* 2011;6(9):e24853.
15. Loutfy M, Rouboud J, Wong J, Yudin M, Diong C, Blitz S, et al.; Ontario HIV Fertility Research Team. High prevalence of unintended pregnancies in HIV-positive women of reproductive age in Ontario, Canada: a retrospective study. *HIV Med* 2012;13(2):107-17.
16. Wilcher R, Cates W. Reproductive choices for women with HIV. *Bull World Health Organ* 2009;87(11):833-9.
17. O'Bryan T, Jadavji T, Kim J, Gill MJ. An avoidable transmission of HIV from mother to child *CMAJ* 2011;183:690-2.
18. Burdge DR, Money DM, Forbes JC, Walmsley SL, Smail FM, Boucher M, et al.; Canadian HIV Trials Network Working Group on Vertical HIV Transmission. Canadian consensus guidelines for the management of pregnant HIV-positive women: putting recommendations into practice. *CMAJ* 2003;168(13):1683-8. Révisé : le 24 juin 2003.
19. Société canadienne de fertilité et d'andrologie [site Web]. Disponible : <http://www.cfes.ca>. Consulté le 10 juin 2011.
20. Agence de la santé publique du Canada. Qu'est-ce que l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale (ETCAF)? Disponible : http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/dca-dea/prog-ini/fasd-etcaf/publications/fs-fi_01-fra.php. Consulté le 16 avril 2012.
21. Agence de la santé publique du Canada. Le guide pratique d'une grossesse en santé. Disponible : <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-gs/guide-eng.php>. Consulté le 19 avril 2011.
22. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Directives cliniques. Disponible : http://www.sogc.org/guidelines/index_e.asp. Consulté le 6 octobre 2011.
23. Britton JR. Pre-discharge anxiety among mothers of well newborns: prevalence and correlates. *Acta Paediatrica* 2005;94:1771-6.
24. Britton JR. Maternal anxiety: course and antecedents during the early postpartum period. *Depress Anxiety* 2008;25:793-800.
25. Clinton JF, Kelber ST. Stress and coping in fathers of newborns: comparisons of planned versus unplanned pregnancy. *Int J Nurs Stud* 1993;30(5):437-43.

26. Bell E, Mthembu P, O'Sullivan S. Sexual and reproductive health services and HIV testing: perspectives and experiences of women and men living with HIV and AIDS. *Reprod Health Matters* 2007;15(29 Suppl):113–35.
27. Nduna M, Farlane L. Women living with HIV in South Africa and their concerns about fertility. *AIDS Behav* 2009;13(Suppl 1):62–5.
28. Bharat S, Mahendra V. Meeting the sexual and reproductive health needs of people living with HIV: challenges for health providers. *Reprod Health Matters* 2007;15(29 Suppl):93–112.
29. Bartell S. On becoming a mother: the psychological journey. *Int J Childbirth Educ* 2005;20(1):28–30.
30. Clement S, Sikorski J, Wilson J, Das S. Planning antenatal services to meet women's psychological needs. *British Journal of Midwifery* 1997;5(5):298–302.
31. Deave T, Johnson D, Ingram J. Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy Childbirth* 2008;8(30):1–11.
32. Blaney N. Psychosocial and behavioral correlates of depression among HIV-infected pregnant women. *AIDS Patient Care STDS* 2004;18(7):405.
33. Larrabee K, Monga M, Eriksen N, Helfgott A. Quality of life assessment in pregnant women with the human immunodeficiency virus. *Obstet Gynecol* 1996;88(6):1016–20.
34. Clinton JF, Kelber ST. Stress and coping in fathers of newborns: comparisons of planned versus unplanned pregnancy. *Int J Nurs Stud* 1993;30(5):437–43.
35. Greening L. And—how was it for you, dad? *Community Pract* 2006;79(6):184–7.
36. Matthey S, Barnett B, Ungerer J, Waters B. Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *J Affect Disord* 2000;60:75–85.
37. Ramchandani P, Stein A, Evans J, O'Connor TG. Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *Lancet* 2005;365:2201–5.
38. Medley A, Garcia-Moreno C, McGill S, Maman S. Rates, barriers and outcomes of HIV serostatus disclosure among women in developing countries: implications for prevention of mother-to-child transmission programmes. *Bull World Health Organ* 2004;82:299–307.
39. R. c. Cuerrier, [1998] 2 R.C.S. 371. Disponible : <http://www.canlii.org/en/ca/scc/doc/1998/1998canlii796/1998canlii796.html>. Consulté le 16 avril 2012.
40. Symington A. Criminalization confusion and concerns: the decade since the Cuerrier decision. *HIV/AIDS Policy and Review, Canadian HIV/AIDS Legal Network* 2009;14(1):1–10.
41. Vernazza P, Hirschel B, Bernasconi E, Flepp M. Les Personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle. *Bulletin des Médecins Suisses* 2008;89(5):165–9.
42. ONUSIDA. Criminalisation de la transmission du VIH. (2008). Politique générale ONUSIDA.
43. Priest, L. Mother avoiding AZT. *The Globe and Mail*; April, 2006.
44. Williams H, Watkins C, Risby J. Reproductive decision-making and determinants of contraceptive use in HIV-infected women. *Clin Obstet Gynecol* 1996;39(2):333–43.
45. Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes. Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, 1979, Article 16.1, 1979.
46. Tubiana, R. Extremely Low Risk of MTCT of HIV in Women Starting HAART before Pregnancy: French Perinatal Cohort, ANRS EPF C01/11. Abstract presented at the 18th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, Massachusetts, February 27 to March 2, 2011. Disponible : <http://www.retroconference.org/2011/Abstracts/41451.htm>. Consulté le 14 juin 2011.
47. Angel JB, Hu YW, Kravcik S, Tsui R, Lee KH, Barbour J, et al. Virological evaluation of the 'Ottawa case' indicates no evidence for HIV-1 superinfection. *AIDS* 2004;18(2):331–4.
48. Angel JB, Kravcik S, Balaskas E, Yen P, Badley AD, Cameron DW, et al. Documentation of HIV-1 superinfection and acceleration of disease progression. Abstract presented at 7th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; February 2, 2000; San Francisco CA.
49. Blackard JT, Cohen DE, Mayer KH. Human immunodeficiency virus superinfection and recombination: current state of knowledge and potential clinical consequences. *Clin Infect Dis* 2002;34(8):1108–14.
50. The United States Centers for Disease Control and Prevention. Interim guidance: preexposure prophylaxis for the prevention of HIV infection in men who have sex with men. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2011;60(03):60–8. Disponible : <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6003a1.htm>. Consulté le 14 avril 2011.
51. Grant RM, Lama JR, Anderson PL, McMahan V, Liu AY, Vargas L, et al. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *N Engl J Med* 2010;363:2587–99.
52. The United States Centers for Disease Control and Prevention. Results of FEM-PrEP clinical trial examining pre-exposure prophylaxis (PrEP) for HIV prevention among heterosexual women. Disponible : <http://www.cdc.gov/hiv/prep/femprep.htm>. Consulté le 14 avril 2011.
53. Barreiro P, Castilla JA, Labarga P, Soriano V. Is natural conception a valid option for HIV-serodiscordant couples? *Hum Reprod* 2007;22(9):2353–8.
54. Barreiro P, del Romero J, Leal M, Hernando V, Asencio R, de Mendoza C, et al.; Spanish HIV-Discordant Study Group. Natural pregnancies in HIV-serodiscordant couples receiving successful antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006;43(3):324–6.
55. Melo MG, Santos BR, De Cassia Lira R, Varella IS, Turella ML, Rocha TM, et al. Sexual transmission of HIV-1 among serodiscordant couples in Porto Alegre, southern Brazil. *Sex Transm Dis* 2008;35(11):912–5.
56. Hart CE, Lennox JL, Pratt-Palmore M, Wright TC, Schinazi RF, Evans-Strickfaden T. Correlation of human immunodeficiency virus type 1 RNA levels in blood and the female genital tract. *J Infect Dis* 1999;179(4):871–82.
57. Agence de la santé publique du Canada. Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida, décembre 2007. Disponible : <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/index-fra.php>. Consulté le 21 mars 2012.
58. Quinn TC, Wawer MJ, Sewankambo N, Serwadda D, Li C, Wabwire-Mangen F, et al. Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. Rakai Project Study Group. *N Engl J Med* 2000;342(13):921–9.
59. Fiore JR, Suligoia B, Saracinob A, Stefanob MD, Bugarinia R, Leperac A, et al. Correlates of HIV-1 shedding in cervicovaginal secretions and effects of antiretroviral therapies. *AIDS* 2003;17(15):2169–76.
60. Anglemyer A, Rutherford GW, Baggaley RC, Egger M, Siegfried N. Antiretroviral therapy for prevention of HIV transmission in HIV-discordant couples. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;8:CD009153.
61. Liuzzi G, Chirrianni A, Clementi M, Bagnarelli P, Valenza A, Cataldo PT, et al. Analysis of HIV-1 load in blood, semen and saliva: evidence for different viral compartments in a cross-sectional and longitudinal study. *AIDS* 1996;10: 51–56.
62. Coombs RW, Speck CE, Hughes JP, Lee W, Sampoleo R, Ross SO, et al. Association between culturable human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) in semen and HIV-1 RNA levels in semen and blood: evidence for compartmentalization of HIV-1 between semen and blood. *J Infect Dis* 1998; 177: 320–30.

63. Vitorino RL, Grinsztejn BG, de Andrade CA, Hökerberg YH, de Souza CT, Friedman RK, et al. Systematic review of the effectiveness and safety of assisted reproduction techniques in couples serodiscordant for human immunodeficiency virus where the man is positive. *Fertil Steril* 2011;95:1684–90.
64. Al-Khan A, Colon J, Palta V, Bardeguet A. Assisted reproductive technology for men and women infected with human immunodeficiency virus type 1. *Clin Infect Dis* 2003;36(2):195–200.
65. Bagasra O, Farzadegan H, Seshamma T, Oakes JW, Saah A, Pomerantz RJ. (1994). Detection of HIV-1 proviral DNA in sperm from HIV-1-infected men. *AIDS* 1994;8(12):1669–74.
66. Baker HW, Mijch A, Garland S, Crowe S, Dunne M, Edgar D, et al. Use of assisted reproductive technology to reduce the risk of transmission of HIV in discordant couples wishing to have their own children where the male partner is seropositive with an undetectable viral load. *J Med Ethics* 2003;29(6):315–20.
67. Bujan L, Hollander L, Coudert M, Gilling-Smith C, Vucetich A, Guibert J, et al.; CREATHe network. Safety and efficacy of sperm washing in HIV-1-serodiscordant couples where the male is infected: results from the European CREATHe network. *AIDS* 2007;21(14):1909–14.
68. Bujan L, Pasquier C, Labeyrie E, Lanusse-Crousse P, Morucci M, Daudin M. Insemination with isolated and virologically tested spermatozoa is a safe way for human immunodeficiency type 1 virus-serodiscordant couples with an infected male partner to have a child. *Fertil Steril* 2004;82(4):857–62.
69. Bujan L, Sergerie M, Kiffer N, Moinard N, Seguela G, Mercadier B, et al. Good efficiency of intrauterine insemination programme for serodiscordant couples with HIV-1 infected male partner: a retrospective comparative study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2007;135(1):76–82.
70. Barreiro P, Duerr A, Beckerman K, Soriano V. Reproductive options for HIV serodiscordant couples. *AIDS Rev* 2006;8(3):158–70.
71. Garrido N, Gil-Salom M, Martínez-Jabaloyas JM, Meseguer M. First report of the absence of viral load in testicular sperm samples obtained from men with hepatitis C and HIV after washing and their subsequent use. *Fertil Steril* 2009;92(3):1012–5.
72. Garrido N, Meseguer M, Bellver J, Remohí J, Simón C, Pellicer A. Report of the results of a 2 year programme of sperm wash and ICSI treatment for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus serodiscordant couples. *Hum Reprod* 2004;19(11):2581–6.
73. Savasi V, Ferrazzi E, Lanzani C, Oneta M, Parrilla B, Persico T. Safety of sperm washing and ART outcome in 741 HIV-1-serodiscordant couples. *Hum Reprod* 2007;22(3):772–7.
74. Kim LU, Johnson MR, Barton S, Nelson MR, Sontag G, Smith JR, et al. Evaluation of sperm washing as a potential method of reducing HIV transmission in HIV-discordant couples wishing to have children. *AIDS* 1999;13(6):645–51.
75. Lasheeb AS, King J, Ball JK, Curran R, Barratt CL, Afnan M, et al. Semen characteristics in HIV-1 positive men and the effect of semen washing. *Genitourin Med* 1997;73(4):303–5.
76. Hanabusa H, Kuji N, Kato S, Tagami H, Kaneko S, Tanaka H, et al. An evaluation of semen processing methods for eliminating HIV-1. *AIDS* 2000;14(11):1611–6.
77. Kashima K, Takakuwa K, Suzuki M, Makino M, Kaneko S, Kato S, et al. Studies of assisted reproduction techniques (ART) for HIV-1-discordant couples using washed sperm and the nested PCR method: a comparison of the pregnancy rates in HIV-1-discordant couples and control couples. *Jpn J Infect Dis* 2009;62(3):173–6.
78. Loutradis D, Drakakis P, Kallianidis K, Patsoula E, Bletsas R, Michalakis S. Birth of two infants who were seronegative for human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) after intracytoplasmic injection of sperm from HIV-1-seropositive men. *Fertil Steril* 2001;75(1):210–2.
79. Conseil d'adoption du Canada. Adoption in Canada. Disponible : <http://www.adoption.ca/adoption-in-canada>. Consulté le 12 avril 2012.
80. Woolf SH, Battista RN, Angerson GM, Logan AG, Eel W. Canadian Task Force on Preventive Health Care. New grades for recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care, *CMAJ* 2003;169:207–8.

Annexe : Groupe de travail cadre de l'équipe canadienne de conception des lignes directrices en matière de planification de la grossesse en présence du VIH

William Cameron, MD, Ottawa (Ont.)	Mona R. Loutfy, MD, Toronto (Ont.)
Adriana Carvalhal, MD, Hamilton (Ont.)	Julie Maggi, MD, Toronto (Ont.)
Sandra Ka Hon Chu, LLM, Toronto (Ont.)	Shari Margolese, Toronto (Ont.)
Anthony Cheung, MD, Vancouver (C.-B.)	John Maxwell, BA, Toronto (Ont.)
Michael Dahan, MD, Montréal (Québec)	Jay MacGillivray, sage-femme aut., Toronto (Ont.)
Alexandra de Pokomandy, MD, Montréal (Québec)	David McLay, PhD, Toronto (Ont.)
Believe Dhlwayo, Toronto (Ont.)	Shauna McQuarrie, MD, Winnipeg (Man.)
Mathias Gysler, MD, Mississauga (Ont.)	Deborah M. Money, MD, Vancouver (C.-B.)
David Haase, MBBS, Halifax (N.-É.)	Marvelous Muchenje, Toronto (Ont.)
Scot Hamilton, PhD, Mississauga (Ont.)	Tamer Said, MD, Toronto (Ont.)
Precious Hove, Toronto (Ont.)	Robyn Salter, MSW, Toronto (Ont.)
Denise Jaworsky, MD, Toronto (Ont.)	Vyta Senikas, MD, Ottawa (Ont.)
Marina Klein, MD, Montréal (Québec)	Heather Shapiro, MD, Toronto (Ont.)
Julie LaPrise, Mississauga (Ont.)	Sharon Walmsley, MD, Toronto (Ont.)
Marc LaPrise, Mississauga (Ont.)	Joanna Wong, Toronto (Ont.)
Kecia Larkin, Vancouver (C.-B.)	Mark H. Yudin, MD, Toronto (Ont.)
Clifford Librach, MD, Toronto (Ont.)	
