

Des exemplaires supplémentaires peuvent être commandés auprès du Centre canadien de documentation sur le VIH/sida :

400-1565 avenue Carling
Ottawa (Ontario)
K1Z 8R1

Tél. : (613) 725-3434 or 1-(877)-999-7740
Télec. : (613) 725-1205
Courriel : aidssida@cpha.ca

Aussi disponible sur Internet : <http://www.aidsida.com>

Also available in English under the title: *Guiding Principles for the HIV Testing of Women During Pregnancy*

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le
ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2002
N° de cat. H39-619/20002
ISBN 0-662-66535-X

Principes de dépistage du VIH chez les femmes enceintes

Rédigé par
le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le sida

un sous-comité du
Comité consultatif fédéral, provincial et territorial
sur la santé de la population

Mars 2002

Contexte

Depuis 1994, date à laquelle il est devenu évident que le médicament antirétroviral zidovudine (AZT) réduisait de façon efficace le taux de transmission périnatale du VIH, les provinces et les territoires ont élaboré, mis au point et mis en oeuvre des politiques sur le dépistage du VIH chez les femmes enceintes.

Les principes communs de libre choix, de confidentialité et de consentement informé ont orienté l'élaboration des politiques fédérale, provinciales et territoriales de dépistage du VIH en général. Ces principes sont conformes, et dans certains cas identiques, aux recommandations présentées dès 1989 par le Comité consultatif national sur le sida¹ et reprises par d'autres plus récemment²⁻⁴. Le présent document rappelle que ces principes doivent également s'appliquer à l'élaboration des politiques de dépistage du VIH chez les femmes enceintes.

Les objectifs de dépistage du VIH pendant la grossesse sont au nombre de trois : reconnaître les femmes qui sont séropositives afin qu'elles puissent recevoir les soins médicaux et psychosociaux les meilleurs; réduire l'incidence de la transmission du VIH de la mère à l'enfant; réduire le risque de transmission aux partenaires sexuels². Ainsi, le test de dépistage du VIH pendant la grossesse joue un rôle important dans les soins prénatals.

Aujourd'hui, la technologie de dépistage et les options de traitement permettent de prévenir presque toute transmission du VIH de la mère à l'enfant⁵. Il est donc encore plus important de reconnaître et de traiter de façon appropriée l'infection par le VIH pendant la grossesse. Toutefois, dans certaines administrations, il semble que presque la moitié des femmes enceintes ne subissent pas le test de dépistage du VIH⁶. De plus, chez les femmes enceintes qui le subissent, il arrive que le dépistage soit fait sans qu'elles le sachent. Pour ces raisons, il est important de répéter que les principes de libre choix, de confidentialité et de consentement informé doivent orienter les politiques et les pratiques qui visent à prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Le but n'est pas d'être normatif, mais plutôt de faire en sorte que ces principes largement admis continuent de guider l'amélioration et l'élaboration de politiques pertinentes.

Principes

Les principes présentés dans ce document sont aussi pertinents pour l'orientation des politiques de dépistage du VIH en général que pour celle des politiques de dépistage du VIH chez les femmes enceintes. Ils permettent de reconnaître qu'une femme ne renonce pas à ses droits en tant que personne parce qu'elle est enceinte.

Offre de dépistage à toutes les femmes enceintes

L'évaluation des risques comme préalable à l'offre de dépistage du VIH à une femme enceinte présente plusieurs difficultés, dont les suivantes :

- ◆ D'après les études par cohortes et les études cas-témoins, le dépistage visant uniquement les femmes enceintes qui présentent des facteurs de risque reconnaissables ne détecte que 8 à 58 % des femmes séropositives².
- ◆ D'après une étude sur des femmes séropositives, 90 % de ces femmes n'ont pas l'impression d'être à risque avant le dépistage positif⁸.
- ◆ Tout porte à croire que de nombreuses femmes qui pensent vivre une relation monogame sont à risque de contamination par le VIH, en raison des activités à risque, passées ou présentes, de leur partenaire⁸.
- ◆ Certaines femmes peuvent être exposées à des facteurs de risque sans que les professionnels de la santé le sachent : relations anales non protégées, utilisation de poudres ou d'astringents pour assécher le vagin, ou mutilation génitale⁸.
- ◆ Selon certaines données non scientifiques et qualitatives, les médecins découragent parfois leurs clientes de passer le test de dépistage du VIH en raison d'une absence apparente de facteurs de risque⁹.

Le dépistage doit être volontaire

Conformément au Code de déontologie de l'Association médicale canadienne⁽⁷⁾, un des principes fondamentaux des soins de santé est qu'un patient a le droit d'accepter ou de refuser un soin proposé. Les directives de dépistage du VIH chez les femmes enceintes reconnaissent à une femme le droit de passer le test de dépistage du VIH pendant sa grossesse pour pouvoir chercher et recevoir des soins pour elle-même et pour son enfant. Selon le Comité consultatif national sur le VIH/sida :

“Pour faciliter la recherche de l’anticorps anti-VIH, pour éviter les torts éventuels et réels tout en essayant de tirer les plus grands avantages de cette épreuve, et pour minimiser le risque de coercition, l’approche volontaire devrait être la démarche de choix¹.”

Le dépistage volontaire va de pair avec le traitement volontaire, étant donné que la décision de recevoir un traitement antiviral pendant la grossesse reste une décision volontaire selon le droit canadien⁴. Le dépistage volontaire maintient également la relation de confiance entre les femmes et leur médecin⁴. La recherche donne à croire que lorsque les médecins présentent aux femmes les risques et les avantages d’un traitement antiviral pour prévenir la transmission verticale, la plupart des femmes acceptent le dépistage et le traitement⁷.

Consentement informé

Pour dispenser un traitement, poser un diagnostic ou effectuer un acte médical, le professionnel de la santé doit, entre autres, obtenir le consentement informé du patient relativement au traitement, au diagnostic ou à l’acte médical. La Cour suprême du Canada (CSC) a établi les exigences minimales pour l’obtention du consentement informé. De plus, certaines provinces ont voté une loi sur le consentement informé. Selon la CSC, pour que le consentement puisse être considéré comme informé, certains renseignements doivent être divulgués au patient avant le traitement médical. Il s’agit essentiellement des renseignements sur le traitement : gravité, risques matériels, accidentels ou particuliers, même s’il n’en existe qu’un seul; réponses aux questions du patient sur les risques reliés au traitement; information que le médecin sait pertinente pour ce patient; renseignements que tout patient raisonnable, dans les mêmes circonstances, aimerait connaître; information fournie de telle façon que le médecin soit certain que le patient la comprend¹⁰⁻¹¹.

Le Code de déontologie de l’Association médicale du Canada (articles 12-15)⁷ suggère que les médecins, lorsqu’ils proposent un traitement ou un dépistage, suivent les pratiques suivantes :

- ◆ « Fournir à vos patients l’information dont ils ont besoin pour prendre des décisions éclairées au sujet de leurs soins de santé et répondre à leurs questions au meilleur de vos compétences.
- ◆ Faire tous les efforts raisonnables pour communiquer avec votre patient de façon à ce que l’information échangée soit comprise.

- ◆ *Ne recommander que les interventions de diagnostic et de traitement que vous jugez bénéfiques pour votre patient ou d'autres personnes. Si une intervention est recommandée pour le bénéfice d'autres personnes, lorsqu'il est question de santé publique, il faut en informer le patient et obtenir préalablement son consentement éclairé explicite, à moins que la loi ne permette de procéder sans ce consentement.*
- ◆ *Respecter le droit d'un patient apte à accepter ou à refuser tout soin médical recommandé. »*

Les séances de counseling préliminaires auprès des femmes enceintes conduisent à un taux d'acceptation plus élevé, à une connaissance accrue des modes de transmission du VIH et à l'usage accru de condoms et de contraceptifs². Des études cas-témoins ont montré que le temps passé à donner des conseils et la personnalité du conseiller sont les prédicteurs les plus forts de qui acceptera le dépistage². L'information peut provenir de sources variées, notamment de documents écrits distribués, de bandes-vidéos, de renvois à des services d'écoute téléphoniques ou à des organisations de services pour le sida, ou encore de conversations personnelles avec des professionnels de la santé. L'information devrait être adaptée au public cible et tenir compte d'éléments comme les obstacles linguistiques et culturels, l'isolement géographique, le manque de services de transport et de garde d'enfants, ainsi que la crainte de mesures punitives (par exemple, dans le cas de l'usage de drogues).

Le dépistage doit rester confidentiel

La confidentialité est importante dans la prestation de services de soins de santé pour respecter la dignité du patient et maintenir des relations franches entre le patient et le professionnel de la santé. La confidentialité est particulièrement importante dans le cas du dépistage du VIH en raison des stigmates et de la discrimination auxquels font face les personnes à risque élevé ou vivant avec le VIH/sida⁴.

Il semble, selon la recherche, que la crainte de mesures punitives ou discriminatoires par suite de la divulgation de la séropositivité ou de l'usage de drogues injectables peut dissuader les femmes de venir passer le test de dépistage du VIH ou de bénéficier d'autres services prénatals⁹.

Références

1. Comité consultatif national sur le sida. Recherche de l'anticorps contre le virus de l'immunodéficience humaine au Canada. Rapport hebdomadaire des maladies au Canada, 1989;15-8: 37-43.
2. Samson, L., King, S. Evidence-based guidelines for universal counselling and offering of HIV testing in pregnancy in Canada. Canadian Medical Association Journal, 1998;158(11): 1449-57.
3. Infectious Diseases and Immunization Committee, Canadian Paediatric Society. Should there be routine testing for human immunodeficiency virus infection in pregnancy? Canadian Journal of Paediatrics, 1995; 2(1): 270-271.
4. Réseau juridique canadien VIH-sida et Société canadienne du sida. Test de sérodiagnostic du VIH et confidentialité. Rapport final. Réseau juridique canadien VIH-sida et Société canadienne du sida; 1998.
5. Remis, R., Guenter, D., King, S., Testing pregnant women in Canada for HIV: How are we doing? Canadian Family Physician, 2001; 13: 2193-2195.
6. Santé Canada. Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida : la transmission périnatale du VIH. Actualités du Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose; mai 2001.
7. Association médicale canadienne. Code de déontologie de l'Association médicale canadienne. Journal de l'Association médicale canadienne, 1996;155(8).
8. Health Canada. Summary of Research Findings on Women on HIV/AIDS 1995 - 2000. Final Report. Ottawa: Health Canada; 2000.
9. Leonard, L., Shap, L., Pelude, L. et al. Pregnant women's experiences of screening for HIV in pregnancy: What they have to say about what constitutes an appropriate policy for the HIV testing of pregnant women in Canada. Final Report, 1998. Ottawa: Health Canada.
10. Reibl c. Hughes [1980] 2 SCR 880, 14 CCLT 1, 14 DLR (3d)1, 33 NR 361.
11. Hopp c. Lepp [1980] 2 SCR 192, [1980] 4 WWR 645, 112 DLR. (3d) 67, 13 CCLT 66.