



La contraception pour les femmes qui prennent des antirétroviraux (ARV) de première ligne

- *Les femmes qui prennent des ARV doivent pouvoir accéder à la contraception pour des raisons de premier ordre.*
- *Dans des circonstances adéquates, toutes les méthodes de contraception peuvent être appropriées, y compris les dispositifs intra-utérins.*
- *La prévision d'une mise à l'échelle rapide des ARV offre une excellente opportunité d'intégration avec les services de contraception, et l'incorporation dans ces programmes devrait être effectuée dès le début.*

Éléments de base des ARV — L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande quatre schémas posologiques alternatifs pour la « thérapie de première ligne ». Chaque schéma à « trois thérapies » comprend deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) et un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTI). L'INNTI le plus communément utilisé à l'heure actuelle est la nevirapine (NVP). La résistance à la NVP est cependant en train de devenir un problème de plus en plus important. Certaines données semblent par ailleurs indiquer que l'efavirenz (EFZ) est plus efficace ; ce médicament est particulièrement recommandé aux femmes avec co-infection de tuberculose. Les ARV ne sont pas recommandés pour toutes les personnes séropositives pour le VIH, mais seulement pour celles dont l'infection est relativement tardive. (Une autre classe d'ARV, les inhibiteurs de protéase, peut avoir des interactions avec les hormones contraceptives, mais n'est pas incluse dans les schémas posologiques de première ligne et n'est pas présentée ici. Veuillez consulter les références pour des informations supplémentaires.)

Pourquoi la disponibilité de la contraception est de première importance pour les femmes qui prennent des ARV :

- Les femmes à l'âge de procréation représentent la majorité des personnes candidates pour des ARV;
- Le besoin non satisfait de contraception est élevé — entre 20 et 25 % en Afrique selon les enquêtes démographiques et sanitaires (DHS) ;
- Les femmes séropositives qui suivent une thérapie ARV ont déjà suffisamment de stress de taille dans leur vie sans le poids supplémentaire que serait une grossesse non souhaitée ;
- La prévention de grossesses non souhaitées chez les femmes séropositives peut empêcher la transmission de la mère à l'enfant et éviter une tragédie ultérieure, soit celle d'un orphelin si la femme ne survit pas ;
- Les médicaments ARV ont eux-mêmes des toxicités médicamenteuses potentielles significatives qui pourraient être novices pour le fœtus. L'EFZ est notamment considéré être un tératogène puissant ;
- La prématurité et d'autres issues non souhaitées de la grossesse sont plus à même de se présenter chez les femmes séropositives ;
- La mortalité et la morbidité maternelles sont plus élevées pour les femmes séropositives;
- Des synergies programmatiques peuvent résulter d'une prestation simultanée de services de planning familial et d'ARV.



DIU — La plupart des femmes séropositives sont éligibles pour des DIU. Ceux-ci peuvent leur être fournis lors de la longue phase initiale asymptomatique. Ils peuvent également être appropriés pour les femmes qui prennent des ARV et qui « se sentent bien au point de vue clinique ». En dernier lieu, une femme qui utilise déjà un DIU peut continuer à l'utiliser même si elle développe une maladie

Contraceptifs oraux — Le problème le plus important concernant les contraceptifs oraux est que la NVP accélère le métabolisme du foie des hormones de contraception et pourrait abaisser les concentrations sanguines de l'œstrogène de presque un tiers. Mais il n'est cependant pas évident que l'efficacité soit affectée de manière appréciable. Les contraceptifs oraux à 30 à 35 mcg d'œstrogène ont des taux d'échec de 5 à 8 %



environ par an, sans doute le résultat d'une utilisation très irrégulière par certaines femmes. Et pourtant les pilules de 20 mcg seulement sont plutôt efficaces si elles sont prises régulièrement. Les contraceptifs oraux peuvent ne pas être le premier choix pour de nombreuses femmes en raison du problème de moindre efficacité. Mais si une femme qui prend de la NVP choisit les contraceptifs oraux, la prescription de tels contraceptifs à 30 à 35 mcg d'œstrogène peut être une décision raisonnable si l'on assume que ceux-ci sont pris régulièrement. D'autres méthodes sensibles seraient (1) la prise de contraceptifs oraux à 50 mcg d'œstrogène ou (2) l'utilisation de préservatifs de façon constante, en sus des OC. Une efficacité réduite de contraceptifs oraux est même moins probable pour les femmes qui prennent de l'EFZ. Les effets de l'EFZ sur le métabolisme du foie semblent varier, mais dans une étude, ce médicament a quelque peu augmenté les taux d'œstrogène.

Depo-Provera® — La NVP a réduit la concentration sanguine d'une progestine de 18 % environ dans une étude. Elle semble par ailleurs légèrement réduire le taux de progestine avec Depo-Provera. Une dose de Depo-Provera est cependant assez élevée pour procurer une marge très importante d'efficacité. Une étude effectuée par l'OMS et destinée à comparer un dosage de 100 mg au dosage habituel de 150 mg a indiqué que le dosage inférieur offrait également une efficacité excellente. S'il y avait une efficacité réduite quelconque, celle-ci se produirait sans doute vers la fin de la période de 3 mois, lors de la réduction de la concentration sanguine. Bien qu'une réinjection de Depo-Provera puisse normalement être effectuée avec jusqu'à 2 semaines de retard, il semble prudent que l'injection suivante pour une femme qui prend de la NVP soit effectuée à la fin de 3 mois.

Préservatifs — Les préservatifs masculins et féminins ont tous les deux l'avantage de pouvoir aider à éviter la transmission du VIH au partenaire non infecté d'une femme, ainsi que la transmission de toute autre infection à transmission sexuelle. Ils pourraient peut-être empêcher la transmission d'une autre souche de VIH à la femme. Si la maladie du VIH d'une femme est contrôlée de manière efficace par les ARV, il est par contre fort peu probable que cette dernière puisse transmettre le VIH ou qu'elle puisse en être infectée. Les femmes pourraient d'autre part avoir du mal à négocier l'utilisation d'un préservatif avec leurs partenaires, et les préservatifs seuls, tels qu'utilisés de manière générale, ne sont pas très efficaces pour éviter les grossesses.

Autres méthodes — Il est également possible d'utiliser d'autres méthodes, en sus de la stérilisation, de la méthode d'aménorrhée due à la lactation, des méthodes basées sur la fécondité (comme la méthode des jours standard) et des diaphragmes, tant que l'on reconnaît les avantages et les inconvénients de chacune d'entre elles. L'OMS a classifié toutes les autres méthodes hormonales (implants, autres injectables, timbre, etc.) dans le groupe de méthodes de catégorie 2 (usage général).

Synergies programmatiques — Des « points d'entrée » existants, comme des services de soins maternels et infantiles, y compris des services de planning familial, sont nécessaires pour pouvoir atteindre des candidates potentielles aux AVR dans des lieux à faibles ressources. De tels points d'entrée peuvent soit fournir des ARV directement, soit servir de point de référence vers d'autres sites. Un point d'entrée renforcé et de haute qualité, applicable à grande échelle (comme le planning familial) a plus de chances d'attirer un plus grand nombre de candidates potentielles aux ARV, et de pouvoir aider à surmonter les stigmates (une contrainte importante lorsqu'il s'agit de recruter des AVR). Le fait de fournir plus d'un service au cours d'une visite peut également soutenir mutuellement une adhérence aux médicaments et un suivi.

Opportunité d'intégration au cours d'une mise à l'échelle des ARV actuels — L'apparition d'une mise à l'échelle des services ARV offre une excellente opportunité d'intégration avec les services de planning familial. L'accès à la contraception devrait être intégré dès le début. Le financement des ARV ou du planning familial est souvent issu de diverses voies de financement, et une fusion des fonds doit être effectuée au niveau des programmes. Certains aspects (tels que le financement pour des ARV ou des contraceptifs) entrent dans une voie ou une autre de manière évidente, alors que d'autres fonctions, comme le soutien des systèmes, peuvent avoir un motif provenant de n'importe quelle voie.

Où obtenir des renseignements supplémentaires : www.maqweb.org

Référence : OMS. Scaling up antiretroviral therapy in resource-limited settings : Treatment guidelines for a public health approach. Genève, 2004. http://www.who.int/3by5/publications/documents/arv_guidelines/

Dernière révision : 11/11/04

Produit en association avec l'initiative « Maximalisation de l'accès et de la qualité »

Conçu et réalisé par : The INFO Project à the Johns Hopkins Bloomberg School of PublicHealth/Center for Communication Programs.



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN

Agence des États-Unis pour
le développement international