



HAL
open science

Analyse des pratiques professionnelles sur le dépistage du VIH par les sages-femmes libérales de Moselle en2018 : étude épidémiologique observationnelle descriptive transversale multicentrique

Floriane André

► **To cite this version:**

Floriane André. Analyse des pratiques professionnelles sur le dépistage du VIH par les sages-femmes libérales de Moselle en2018 : étude épidémiologique observationnelle descriptive transversale multicentrique. Médecine humaine et pathologie. 2018. hal-03870405

HAL Id: hal-03870405

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870405>

Submitted on 24 Nov 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes

de

METZ

*Analyse des pratiques professionnelles sur le dépistage
du VIH par les sages-femmes libérales de Moselle en
2018*

Etude épidémiologique observationnelle descriptive
transversale multicentrique

Mémoire présenté et soutenu par
ANDRE Floriane

Directeur de mémoire : MERGEN-MOREL Catherine
Sage-femme enseignante

Promotion 2018

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes

de

METZ

*Analyse des pratiques professionnelles sur le dépistage
du VIH par les sages-femmes libérales de Moselle en
2018*

Etude épidémiologique observationnelle descriptive
transversale multicentrique

Mémoire présenté et soutenu par
ANDRE Floriane

Directeur de mémoire : MERGEN-MOREL Catherine
Sage-femme enseignante

Promotion 2018

REMERCIEMENTS

A Madame MERGEN-MOREL, sage-femme enseignante et directrice de ce mémoire, pour son temps et sa bienveillance tout au long de mes études, ainsi que pour toutes les expériences aussi enrichissantes qu'elle m'a fait découvrir.

Au Docteur CAZAUX, gynécologue-obstétricien et experte de ce mémoire, pour ses conseils.

A mes parents, pour leur soutien et leur amour indéfectible depuis ma naissance, ainsi qu'à ma famille et ceux qui ne sont plus là pour contempler le travail que j'ai réalisé grâce à eux.

A Malika et Tugce, mes amies, pour leur soutien précieux et sans qui ces quatre années n'auraient pas été les mêmes.

Aux Docteurs SCHAFF et WERTS, pour leur soutien durant mes études.

A la troupe d'improvisation théâtrale « le Bordel » de Metz, qui m'a permis de perfectionner mon savoir-être et de lâcher-prise dans les moments intenses de la formation.

A toutes les personnes, trop nombreuses pour être citées, qui m'ont entourée et soutenue.

LEXIQUE

AZT : azidothymidine

CeGIDD : centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic

CHR : centre hospitalier régional

COREVIH : centre de coordination régionale de lutte contre le VIH et les IST

HAS : Haute autorité de santé

IST : infection sexuellement transmissible

OMS : organisation mondiale de la santé

ONUSIDA : programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

PrEP : prophylaxie pré-exposition

SA : semaines d'aménorrhées

SIDA : syndrome d'immunodéficience acquise

TAR : traitement antirétroviral

TPE : traitement post-exposition

TROD : test rapide d'orientation diagnostique

UNICEF : fonds des Nations Unies pour l'enfance

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

SOMMAIRE

INTRODUCTION	9
1. PARTIE 1 : CONTEXTE.....	10
1.1. GENERALITES	10
1.1.1. Historique	10
1.1.2. Epidémiologie	11
1.2. LE VIH ET LA TRANSMISSION MERE-ENFANT	12
1.2.1 Le virus	12
1.2.2. Signes et symptômes	12
1.2.3. Les voies de transmission	13
1.2.4. Les facteurs de risque	13
1.2.5. Transmission mère-enfant	13
1.3. TRAITEMENTS ET PRISE EN CHARGE	14
1.3.1. Dépistage	14
1.3.2. Diagnostic	15
1.3.3. Prise en charge	16
1.3.4. Traitements	16
1.3.5. Effets indésirables	17
1.3.6. Particularité de la femme enceinte et de la parturiente	18
1.3.7. Particularité du nouveau-né	19
1.4. RÔLE DE LA SAGE-FEMME	20
1.5. LA PREVENTION.....	20
1.5.1. Les moyens de prévention	20
1.5.2. Les derniers programmes de prévention	21
1.6. LA RECHERCHE	22
2. PARTIE 2 : METHODOLOGIE ET PRESENTATION DE L'ETUDE	22
2.1. Problématique.....	22
2.2. Objectifs.....	23
2.2.1. Bénéfices attendus.....	23
2.2.2. Objectifs : principal et secondaires	23
2.3. Hypothèses.....	23
2.4. Critères de jugement : principal et secondaires	23
2.5. Matériel et méthodes envisagées.....	24

2.5.1. Type d'étude	24
2.5.2. Population de l'étude : étape d'éligibilité.....	24
2.5.3. Recueil des données.....	24
2.5.4. Gestion des données	24
2.5.5. Lieux et période de l'étude	24
2.5.6. Procédure de minimisation des biais	24
3. PARTIE 3 : RESULTATS	25
3.1. Taux de participation	25
3.2. Caractéristiques générales de la population étudiée	25
3.3 Conditions de prescription du dépistage VIH dans le suivi génésique.....	29
3.3.1 Suivi de grossesse	29
3.3.2 Suivi gynécologique	30
3.4 Questions sur les risques de transmission mère-enfant	32
3.5 Questions sur la prise en charge des patientes	34
3.6 Remarques et commentaires sur l'étude.....	35
4. PARTIE 4 : DISCUSSION ET PROPOSITIONS.....	36
4.1. Discussion des résultats et validation des hypothèses	36
4.1.1. Les sages-femmes libérales de Moselle en 2018 et le dépistage systématique du VIH pour le suivi génésique.....	36
4.1.2. Les sages-femmes libérales de Moselle en 2018 et leurs connaissances sur le VIH.....	37
4.1.3. Les sages-femmes libérales de Moselle en 2018 et leurs connaissances sur les taux de transmission mère-enfant du VIH	38
4.1.4. Les sages-femmes libérales de Moselle en 2018 et leurs connaissances sur la prise en charge d'un nouveau-né de mère séropositive au VIH.....	38
4.1.5. Les sages-femmes libérales de Moselle en 2018 et leurs connaissances sur la prise en charge d'une patiente découverte séropositive au VIH lors du suivi génésique	39
4.1.6. Les sages-femmes libérales de Moselle en 2018 et la possibilité de rendre le test de dépistage au VIH obligatoire pendant la grossesse	39
4.1.7. Synthèse des pratiques professionnelles	40
4.2. Perspectives et propositions d'amélioration	40
4.2.1. Perspectives.....	40
4.2.2. Propositions d'améliorations	41
CONCLUSION.....	42
ANNEXES	46

INTRODUCTION

Dans les premiers temps de sa découverte, le virus de l'immunodéficience humaine a longtemps été considéré comme la maladie des homosexuels, transmissible lors des rapports sexuels. Puis les avancées ont montré que ce virus pouvait se transmettre aussi aux hétérosexuels, également par voie sanguine, aux femmes, et de la mère à l'enfant pendant la grossesse ou l'accouchement.

Au début de sa présentation aux personnels soignants, très peu de découvertes sur ses modes de transmission étaient connues. Ainsi, à la fin des années 1980, lorsque l'on s'occupait d'un patient séropositif au VIH, on utilisait tous les moyens de protection individuel présents comme les gants, les masques ou encore les sur-blouses. Aujourd'hui, de nombreux traitements ont été mis en place et les grands mécanismes de contamination sont désormais connus, ce qui a permis de changer les pratiques professionnelles.

Les chiffres de 2016, dans le monde, montrent que la moitié de la population contaminée est constituée par les femmes, et que 86% des personnes infectées sont en âge de procréer. De plus, 76% des femmes enceintes ou allaitantes positives au VIH recevraient un traitement antirétroviral, visant à prévenir la transmission mère-enfant. Ainsi, un nombre croissant de pays parviennent à obtenir des taux très bas de ce mode de transmission. Au travers de leur pratique professionnelle quotidienne, les sages-femmes libérales sont donc confrontées au dépistage du VIH.

Ce mémoire présente un état des lieux des pratiques professionnelles des sages-femmes libérales de Moselle, en 2018, sur leur pratique du dépistage du VIH.

Dans une première partie, seront abordés l'épidémiologie de l'infection, les caractéristiques du virus et la transmission mère-enfant, ainsi que les traitements et les prises en charges pouvant être proposées, les moyens de prévention, l'avancée de la recherche ainsi que le rôle de la sage-femme dans la stratégie de prévention et de promotion de la santé sera précisé.

Dans les deuxième et troisième parties, les caractéristiques et la méthodologie de l'investigation et les résultats seront exposés.

Enfin, dans la dernière partie, les résultats seront discutés et des perspectives en lien seront proposées.

1. PARTIE 1 : CONTEXTE

1.1. GENERALITES

1.1.1. Historique [1-9]

Si le premier cas de VIH chez l'homme est recensé un peu avant 1900, ce virus existe depuis longtemps chez le singe vert. Il est porteur sain du VIH-1 et a contaminé le chimpanzé par le mélange de sang lors de combats inter-espèces. C'est lors d'un changement d'espèce qu'un virus peut devenir pathogène par mutation avec le nouvel hôte. Ce phénomène est nommé « le franchissement de la barrière d'espèces ». L'origine est située dans la région Sud-Est du Cameroun où le passage à l'homme aurait eu lieu via des chasseurs : ces derniers se seraient blessés en découpant des singes infectés dont ils se nourrissaient, puis ont contaminé leurs familles, puis la population locale. Le Congo Belge frontalier (actuelle République Démocratique du Congo) a commencé à se développer et à attirer notamment la population camerounaise. Les membres infectés ont donc commencé à quitter la forêt afin de trouver du travail et des meilleures conditions de vie, ce qui a amené le VIH à s'étendre dans le centre de l'Afrique. On estime qu'il est encore possible d'aujourd'hui de contracter de nouvelles souches du VIH par la chasse et la consommation de viande de singe. A partir du XX^{ème} siècle, l'essor des transports et de l'industrie, ainsi que les conflits demandant des soutiens d'armées ont augmenté les mouvements des populations. Ainsi, ces évènements ont permis la propagation du virus et *in fine* le déclenchement de la pandémie. Si au début du siècle la propagation était lente, la seconde moitié marque une nette accélération.

En 1981, plusieurs cas sont observés à Los Angeles. On donne à la maladie le nom de *Gay Related Immune Deficiency* (GRID) car elle ne semble toucher que les hommes homosexuels. Le 3 juillet un article est publié dans le « *New York Times* » sur une nouvelle maladie inconnue, transmissible par voie sexuelle C'est la diminution de l'immunité qui lui donnera son nom : le *Virus de l'Immunodéficience Humaine*, soit le VIH. C'est à la fin de cette même année que les premiers cas sont signalés en France, et que l'on recense des cas chez les utilisateurs de drogues injectables. En 1982, on constate que la maladie se transmet aussi par le sang et qu'il atteint les hémophiles et les transfusés sanguins. La maladie est renommée *Syndrome d'Immunodéficience Acquis* (SIDA). En 1983, on découvre que les femmes peuvent être infectées par le SIDA lors de rapports hétérosexuels. En France, des médecins et des chercheurs de l'Institut Pasteur, Luc MONTAGNIER et Françoise BARRE-SINOSSI découvrent le virus VIH-1 M responsable de cette maladie. Des cas sont maintenant signalés dans le monde entier. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) commence alors une surveillance globale du SIDA.

En 1985, les premiers tests de dépistage sont mis au point et testés. Le 19 juin, le Premier ministre annonce à l'Assemblée nationale la mise en œuvre du criblage systématique du sang destiné à la transfusion et à la fabrication de produits sanguins, qui sera rendu obligatoire le 1^{er} août. De fait, les produits non chauffés ne seront plus remboursés à partir du 1^{er} octobre, mais ils restent cependant commercialisés. En 1991 éclatera le scandale du sang contaminé en France, suite à la diffusion de ces lots qui étaient infectés. En 1986, deux faits marquent cette année : **le VIH peut être transmis de la mère à l'enfant par le lait maternel**, et on découvre le VIH-2 dans l'Afrique de l'Ouest dont l'évolution est plus lente que celle du VIH-1. Cette même année est aussi la découverte d'une molécule antivirale : l'azidothymidine (AZT). L'OMS décrète le 1^{er} décembre comme « *Journée*

Mondiale du SIDA ». En 1987, la *US Food Drug Administration* approuve l'azidothymidine (AZT) comme premier médicament antirétroviral. L'OMS élabore la première stratégie globale de lutte contre le SIDA. En 1988, un sommet mondial des ministres de la santé de 148 pays se tient à Londres pour élaborer une stratégie de lutte contre le SIDA. En 1996, l'ONUSIDA est créé afin d'avoir une instance de référence unique et indépendante. On découvre les trithérapies qui ne guérissent pas du VIH mais permettent de prolonger l'espérance de vie. En 1999, l'OMS annonce que le VIH/SIDA est devenu le quatrième plus grand « tueur » dans le monde. En 2002, le VIH est la cause principale de mort chez les personnes âgées de 15 à 59 ans dans le monde. En 2005, on parle d'épidémie pandémique car le nombre d'individus atteints du SIDA dans le monde s'élève à 45,3 millions. En 2009, l'ONUSIDA demande la mise en place de programmes dont l'objectif est l'élimination complète de la transmission verticale du VIH d'ici 2015. En 2016, cela a fait 35 ans que le premier cas de SIDA a été signalé. Depuis le début de l'épidémie, 35 millions de personnes sont décédées, dont 1 million en 2016.

1.1.2. Epidémiologie [2, 4-6, 8, 10-19]

Dans le monde en 2016 :

- On estime que 36,7 millions sont atteints du VIH (1-3). **86% des personnes infectées sont en âge de procréer. Les femmes constituent la moitié de la population vivant avec le VIH** (4).
- 1,8 millions de nouvelles infections.
- 11 millions ignorent leur statut (30%).
- On estime à 13,1 millions les vies sauvées grâce au traitement antirétroviral (TAR) entre 2005 et 2016. Seulement 53% des personnes atteintes reçoivent actuellement un TAR à vie, ce chiffre descend à 43% dans la classe des moins de 15 ans.
- **Le taux de couverture mondiale par le TAR des femmes enceintes (1,4 millions en 2016) et des femmes allaitantes vivant avec le VIH s'élève à 76%.**

En France en 2016 :

- 180.000 patients (plus de 15 ans) suivis pour le VIH (5) dont **58.000 femmes** (6) et 900 pour le SIDA
- Il y a eu 6003 nouvelles infections recensées, dont **un tiers étaient des femmes** (7-8). Le taux de nouvelles infections varie selon les régions (9).
- On estime que 25.000 personnes ignorent leur séropositivité
- Moins de 1000 décès liés au VIH chez les adultes de plus de 15 ans, et moins de 15 décès chez les enfants de 0 à 14 ans.
- On estime que 78% des personnes infectées reçoivent un TAR, et que ce traitement couvre plus de 95% des enfants. On note aussi que plus de 95% des femmes enceintes reçoivent un TAR et qu'il y a eu moins de 500 transmissions mère-enfant.

Dans la région Grand-Est en 2017 (données centre de coordination régionale de lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles - COREVIH) :

- 5310 patients sont suivis pour le VIH, 89% de ces patients ont une infection complètement contrôlée par un traitement et 19 patients sont au stade du SIDA
- 204 nouveaux patients diagnostiqués positifs et pris en charge
- 1000 personnes ignorent leur statut

En Moselle en 2017 (données COREVIH) :

- 686 personnes séropositives sont suivies et prises en charge sur le Centre Hospitalier Régional Metz-Thionville(CHR) et l'Hôpital d'Instruction des Armées Legouest à Metz
- 30 personnes ont été nouvellement diagnostiquées sur le CHR et l'Hôpital d'Instruction des Armées Legouest (61 sur la Lorraine, dont 1 cas de SIDA)
- 300 à 500 personnes ignorent leur statut en Lorraine
- **La transmission mère-enfant a représenté 1,5% des contaminations de Lorraine**

1.2. LE VIH ET LA TRANSMISSION MERE-ENFANT

1.2.1 Le virus [4-6, 8-9, 15, 18]

Le VIH est un virus de la famille des rétrovirus et de la sous-famille des lentivirus. Il colonise des cellules immunitaires de son hôte, les lymphocytes T présentant à leur surface le marqueur CD4. Ces lymphocytes lui permettent de se répliquer et de se diffuser dans l'organisme. En effet, à partir de son entrée dans le corps, il s'accumule dans ces cellules et forme en quelques jours des réservoirs de virus dormant persistant à vie. Au fur et à mesure, il entraîne la mort des lymphocytes T CD4, affaiblissant le système immunitaire : c'est l'immunodéficience. En réponse, le système immunitaire se suractive pour combler la perte des lymphocytes et en produire de nouveaux. L'immunodéficience a pour conséquence une sensibilité accrue aux infections et certains cancers (ceux dus à des virus), qu'un individu peut normalement combattre avec un système immunitaire sain. On note notamment : des affections générales (tuberculose, toxoplasmose cérébrale et méningite à cryptocoque), des affections pulmonaires (pneumocytoses pulmonaires), des affections buccales graves (candidoses), ou des formes de cancer (sarcomes de Kaposi, lymphomes non hodgkiniens, leucémies). On évalue la sévérité de la maladie par le quota de lymphocytes T CD4 restants dans l'organisme. La tuberculose est la maladie et la cause de décès la plus fréquente chez les personnes infectées du VIH. Elle est mortelle si elle n'est pas détectée et traitée et représente un tiers des décès liés à ce virus. Chez les femmes, la fertilité diminue physiologiquement à partir de 35 ans, mais lorsque ces dernières sont infectées par le VIH elles présentent un sur-risque d'insuffisance ovarienne, et donc de baisse de la fertilité. Lorsqu'on arrive à un stade plus avancé, on se retrouve confronté au SIDA. Il apparaît en général aux alentours de 10 ans après la primo-infection, mais sa période d'installation varie entre 2 à 15 ans selon les cas. Le VIH induit une inflammation chronique associée à un risque accru de morbidité, que le patient ait déjà développé le SIDA ou non.

1.2.2. Signes et symptômes [4-6, 8, 18, 20]

Les symptômes varient en fonction du stade de l'infection. Notons que la plupart des personnes ignorent leur situation jusqu'à des stades avancés. Dans les premières semaines suivant la primo-infection, les personnes peuvent rester asymptomatiques, tout comme elles peuvent manifester un syndrome grippal marqué par de la fièvre, des céphalées, un mal de gorge ou encore un érythème. La sur-activation immunitaire peut se traduire par un gonflement des ganglions lymphatiques. On peut aussi retrouver une perte de poids ou des diarrhées, en plus des symptômes pouvant être présents dans les premières semaines. Dans la progression de la maladie et en l'absence de traitement, la morbidité augmente et l'on peut retrouver les maladies évoquées plus haut dans la section précédente.

1.2.3. Les voies de transmission [4-5, 8, 10, 15, 18, 21]

Elles sont constituées par le contact non protégé avec certains liquides biologiques du corps : le sang, le lait maternel, le sperme ou encore les sécrétions vaginales. On les classes ainsi en 3 moyens de transmettre ou contracter le virus (suivis des chiffres de 2012 de l'Institut de Veille Sanitaire, devenu Santé Publique France) :

- **La transmission mère-enfant** (1%) : pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement
- **La transmission par voie sexuelle** (98% : 56% hétérosexuels, 42% entre hommes) : lors de rapports anaux, vaginaux et buccaux non protégés, la présence d'une autre infection sexuellement transmissible augmentant son risque de transmission
- **La transmission par voie sanguine** : lors de prise de drogues (1%), lors d'actes de santé pour les patients et les professionnels (risque 3/10.000)

Il faut bien noter qu'on ne peut pas être infecté par des « contacts de la vie courante » tels que les baisers, les étreintes, les poignées de mains, le partage d'objets personnels, d'eau ou de nourriture ou encore la lunette des toilettes. On ne peut pas non plus contracter le virus par les piqûres ou morsures de moustiques et autres insectes. Le risque de transmission est présent dès l'infection et persiste toute la vie, mais il existe aujourd'hui des risques de transmission très faibles grâce aux traitements de prévention et de contrôle d'évolution du virus.

1.2.4. Les facteurs de risque [1, 4, 15, 18, 22]

Ils sont constitués par la mobilité des populations (voyages, contacts humains intercommunautaires), le manque d'hygiène, les violences, la précarité, ainsi que par les co-infections présentes, le non accès au dépistage ou à des traitements et des médicaments efficaces, ou encore par les résistances induites suite à la prise de traitements inappropriés. Il existe des mutations et des recombinaisons du virus. D'autres facteurs sont représentés par les pratiques sexuelles : polygamie, prostitution, rapports homo- (risque 3/100), bi-, hétéro-sexuels (risque de 1/1000) et multipartenaires. Enfin, le partage de matériel contaminé pour les drogues (risque 6,7/1000) et la médecine, les transfusions sanguines non contrôlées (risque 90/100), ainsi que les actes amenant à couper ou percer la peau dans des conditions non stériles (piercing, tatouage, actes médicaux). Les populations exposées rencontrent souvent des problèmes sociaux ou juridiques liés à leurs comportements (exemple des utilisateurs de drogues injectables), ce qui accroît leur vulnérabilité à l'égard du VIH et réduit pour eux l'accès au dépistage et aux programmes de traitement.

1.2.5. Transmission mère-enfant [4-5, 18, 22]

En 1994, les recherches montrent que l'AZT réduit de deux tiers le risque de transmission verticale du VIH pendant la grossesse. En l'absence de prise en charge, les risques de transmission sont les plus importants lors de l'accouchement, notamment par voie basse. **On estime que sans prise en charge ce risque est de 60%, contre 10% pendant la grossesse et 30% pendant l'allaitement au sein.** Mais si un traitement de la mère et de l'enfant est mis en place et qu'on pratique éventuellement une césarienne, **le risque est alors inférieur à 1%**. De fait, le traitement doit se prendre dès que possible pendant la grossesse, à l'accouchement et pendant la période post-natale, pour la mère comme pour l'enfant.

Les facteurs de risques de la transmission mère-enfant du VIH sont :

- **Maternels** : charge virale plasmatique élevée, déficit immunitaire en lymphocytes T CD4, stade SIDA
- **Viraux** : le virus VIH-1 (il est plus virulent que le VIH-2).
- **Fœtaux** : ils peuvent être génétiques, si le fœtus est de sexe féminin ou s'il est hypotrophique.
- **Placentaires** : chorioamniotite bactérienne ou paludisme, métrorragies gravidiques.
- **Obstétricaux** : en cas de rupture prématurée des membranes, d'accouchement prématuré, d'infection génitale ou sexuellement transmissible, de geste invasif
- **Liés à l'allaitement maternel** : dépend du degré d'infection maternel, ou si la charge virale est élevée dans le lait maternel. Il est généralement contre-indiqué, mais certains établissements l'autorisent après vérification de l'absence du HIV-1 et du HIV-2 dans le lait.

1.3. TRAITEMENTS ET PRISE EN CHARGE

1.3.1. Dépistage [4-5, 8-9, 11-13, 18, 22-23, 25-26]

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) conseillent de se faire dépister au moins une fois dans la vie de 15 à 70 ans ou lorsqu'on retrouve au moins un facteur de risque (paragraphe 1.2.4), mais aussi lorsqu'on a été face à une prise de risque (rapport sexuel non protégé, déchirement de préservatif, partage de seringue ou de matériel infecté, accident d'exposition aux liquides biologiques). On réalisera aussi un dépistage lorsqu'on suspecte ou qu'on diagnostique une infection (IST), ou que l'on est face à une aggravation d'immunodépression : syndrome pseudo-grippal, thrombopénie, tuberculose, zona, pneumopathie, infections herpétiques récurrentes, amaigrissement, fièvre prolongée inexpiquée. Il est conseillé pour l'entourage familial d'un patient séropositif ou pour les personnes originaires des départements d'outre mer et d'Afrique subsaharienne. Dans le cadre médical, il est prescrit quand on souhaite connaître son statut sérologique (arrêt du port de préservatif, détention/incarcération), lorsqu'une grossesse est envisagée ou débutée, lors d'une interruption de grossesse ou pour la prescription d'une première contraception.

En France, le schéma d'un dépistage biologique du VIH consiste à réaliser un test de dépistage, puis s'il est positif, un test de confirmation sur un second prélèvement pour éviter les erreurs d'identification de la personne et les faux positifs. La Haute autorité de santé (HAS) recommande de réaliser un **test ELISA combiné de quatrième génération** (immuno-enzymatique : recherche des anticorps VIH-1 et VIH-2) combiné à une antigénémie P24, dont les résultats sont fiables après 6 semaines. En cas de suspicion d'infection inférieure à 3 semaines, on peut rechercher directement le virus. Si les résultats sont négatifs, ils signent l'absence d'infection au VIH. S'ils sont positifs et que la personne n'a pas commencé de traitement, il est conseillé de réaliser un **western blot** qui permet de confirmer l'infection et de différencier le VIH-1 et le VIH-2. Ces tests sont réalisés par des laboratoires d'analyse sur simple demande ou sur prescription d'un professionnel de santé. On peut les réaliser directement en laboratoire, à un centre gratuit d'informations, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) ou par un prélèvement réalisé par un infirmier ; le prix d'un dépistage simple, qui comprend 2 consultations et une prise de sang, varie entre 0 et 50€, qui peuvent être remboursés.

Il existe aussi deux tests rapides : les TROD et les autotests. Ces tests peuvent être moins performants en cas d'infection récente, les anticorps peuvent ne pas être assez nombreux, il faut donc les réaliser au moins 3 mois après la prise de risque. Un résultat positif ou douteux demande

confirmation par un test sanguin. **Le Test Rapide d'Orientation Diagnostique** est un test qui recherche les anticorps anti-VIH présents à partir d'une simple goutte de sang (10). Les résultats sont obtenus en 5 à 30 min, ce qui permet un diagnostic le jour même et une prise en charge précoce. Si le test est négatif celui-ci est fiable. Ces tests sont réalisables dans les CeGIDD et certaines associations comme les centres de planification familiale ou encore les centres de référence SIDA, ce qui permet aussi de se faire dépister pour d'autres IST. **Les autotests** sont disponibles en France depuis fin 2014 en pharmacie (30€). Leur utilisation est comparable aux TROD, ils se réalisent à domicile et détectent les anticorps anti-VIH présents dans une goutte de sang ou de salive. Les résultats sont obtenus en 30 min.

Qu'il s'agisse d'un test sanguin de 4^{ème} génération, d'un TROD ou d'un autotest, le dépistage est un acte médical confidentiel et protégé dans le cadre du secret professionnel. Ainsi, il ne peut être réalisé que sur demande de la personne ou avec son accord, sinon il constitue une violation des Droits de l'Homme.

Il est important de noter que la période d'attente avant de pouvoir réaliser un test s'explique par le fait que la plupart des individus produisent des anticorps anti-VIH dans les 28 jours suivant l'infection, et que ceux-ci peuvent ne pas être détectables à ce stade précoce de l'infection. Cette période s'appelle la « fenêtre sérologique ». Cependant, même si le virus est à des taux indétectables, la contagiosité est, à l'inverse, la plus forte durant cette période. **Le dépistage et le diagnostic des nourrissons de moins de 18 mois** est plus complexe car le dépistage sérologique n'est pas suffisant pour identifier une infection au VIH. Lorsque la mère est séropositive, il faut réaliser chez ces enfants un dépistage virologique à la naissance.

En France en 2016, 5,4 millions de sérologies en laboratoire ainsi que 56.300 TROD ont été réalisés, et 75.000 autotests ont été vendus en pharmacie.

1.3.2. Diagnostic [4-5, 15, 18, 22]

Le diagnostic repose sur la présence ou non de charge virale (= le nombre de copies du virus dans le sang) via le test sanguin. On évalue ensuite le degré de l'infection par comptage des lymphocytes T CD4 et le taux de charge virale :

- Un taux normal de lymphocytes T CD4 se situe entre 600 et 1200/mm³
- A un taux supérieur ou égal à 500/mm³ au moment du diagnostic, on considère le patient comme **diagnostiqué précoce**. Ce taux reflète un patient encore en bonne santé avec une bonne immunité.
- A un taux inférieur ou égal à 350/mm³ au moment du diagnostic, on considère le patient comme **diagnostiqué tardif**
- A un taux inférieur ou égal à 200/mm³ au moment du diagnostic, on considère le patient comme **diagnostiqué à un stade avancé**

En France en 2017, 27% des diagnostics étaient réalisés à un stade avancé et 37% à un stade précoce.

On peut ainsi caractériser l'évolution de la maladie en trois phases :

- **La phase A** est le stade de la primo-infection, qui débute deux à trois semaines après la contamination et qui se poursuit jusqu'à six mois après. Elle comprend aussi le stade précoce qui peut durer sept à dix ans.
- **La phase B** débute lorsque le taux de lymphocytes T CD4 est inférieur à 350/mm³. Il marque un léger déficit immunitaire lors duquel les premiers signes opportunistes tels que mycose, herpès ou zona apparaissent.
- **La phase C** est le stade du SIDA avec l'apparition des complications infectieuses et tumorales. Elle évolue vers le décès en l'absence de traitement.

1.3.3. Prise en charge [4-6, 8-9, 18, 24]

Suite à la confirmation du diagnostic par les prélèvements sanguins, on procédera à un bilan complet, recherchant l'existence de co-infections et co-morbidités **par un médecin référent VIH. En Moselle, ces patients sont suivis sur le CHR et à l'hôpital militaire de Legouest** où les médecins du CHR assurent des permanences. Celui-ci comportera des prélèvements sanguins (notamment la tuberculose), une radiologie du thorax, une consultation gynécologique et/ou proctologique, ainsi que plus ou moins d'autres contrôles en fonction des besoins. On obtient ainsi un rapport fiable sur l'état clinique initial et les atteintes des différents organes. Dans tous les cas, il est proposé une évaluation sociale. Cette dernière permet de faire le point sur l'environnement de la personne et de s'assurer qu'il n'est pas délétère (hébergement, revenus ...). Au besoin, on pourra ainsi conseiller la personne pour bénéficier de certaines aides.

Après avoir réalisé cette évaluation globale, on pourra mettre en place un TAR accompagné de séances d'éducatives thérapeutiques. Elles permettent au patient d'acquiescer les capacités de comprendre et suivre son traitement lui-même (pour le VIH ou les morbidités associées), ainsi que de lui proposer des prises en charge améliorant son hygiène de vie et ses addictions s'il y a lieu.

La dernière phase de prise en charge concerne le suivi du traitement, en termes d'efficacité et de tolérance. A cette fin, on réalise un bilan au premier, au troisième et au sixième mois du traitement, puis tous les six mois. Lorsqu'on s'est assuré que le patient est autonome on peut poursuivre le suivi en médecine générale, avec une consultation détaillée en hôpital une fois par an par le médecin référent.

Les femmes concernées par des infertilités pourront être redirigées vers les services d'Assistance Médicale à la Procréation pour réaliser leur désir d'enfant, en concertation avec les autres professionnels de santé déjà présents dans leur prise en charge.

1.3.4. Traitements [4-6, 8, 24-27, 29]

L'OMS recommande depuis 2015 de démarrer un TAR à vie quel que soit le stade de l'infection (taux de lymphocytes T CD4) au moment du diagnostic. Cette déclaration fait suite aux données fournies par l'essai START indiquant que le début du traitement peu après le diagnostic réduit le risque de maladie grave et de mortalité. En juillet 2017, 122 pays avaient adopté cette recommandation, permettant ainsi de couvrir 90% des personnes vivant avec le VIH dans le monde.

Le TAR permet de rendre la charge virale indétectable et d'empêcher la réplication du virus. On observe alors une remontée du taux des lymphocytes T CD4 traduisant un renforcement du système

immunitaire (ce qui diminue le risque de morbidité sévère), ainsi qu'une réduction du risque de transmission. Cependant, les réservoirs de virus constitués dans les cellules immunitaires perdurent. Le traitement doit donc être poursuivi à vie pour contrôler l'infection de manière pérenne. **Il n'existe aucun traitement de guérison**, seulement de confort permettant de contrôler le virus et d'éviter sa transmission. Le marqueur principal de l'efficacité du traitement est la charge virale.

Le traitement de référence est la trithérapie. Il consiste à associer trois médicaments antirétroviraux voire plus, à vie, et ce quel que soit la numération des lymphocytes T CD4. Il existe aujourd'hui plus de 20 antirétroviraux contre le VIH, dont les principes actifs peuvent être regroupés en un médicament unique (un seul médicament pour 3 antirétroviraux combinés = trithérapie), afin d'améliorer la compliance (11). Malgré les traitements, 40% des personnes atteintes du VIH et traitées gardent un taux de lymphocytes T CD4 < 500/mm³, car il faut plusieurs années pour renforcer le système immunitaire d'une personne diagnostiquée à un stade tardif ou avancé. En corrélation avec l'immunité, la morbidité et la mortalité sont plus élevées dans cette catégorie de patients (pendant au moins 4 ans après le début de prise en charge) que chez ceux dont l'infection est bien contrôlée. Chez ces derniers en revanche, lorsque le traitement est démarré suffisamment tôt, on arrive à restaurer le taux de lymphocytes T CD4 et ainsi l'espérance de vie est approximativement équivalente à celle de la population générale, ce qui leur permet de bénéficier d'une vie longue et productive, en bonne santé.

1.3.5. Effets indésirables [4, 19, 25-27]

Pour les Inhibiteurs Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse (INTI), la STAVUDINE, la DIDANOSINE et la ZIDOVUDINE peuvent provoquer une acidose lactique. La ZIDOVUDINE peut provoquer une anémie et une neutropénie, ainsi que des malformations cardiaques chez les enfants nés de mère traitée. Le TENOFOVIR est néphrotoxique et peut induire un syndrome de Fanconi. La DIDANOSINE est contre-indiquée pendant la grossesse car elle présente un sur-risque de cancer chez l'enfant.

Pour les Inhibiteurs Non Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse (INNTI), l'EFAVIRENZ est contre-indiqué pendant la grossesse car il augmente le risque de malformations neurologiques pendant l'embryogénèse. Tous les médicaments de cette classe peuvent provoquer des réactions hépatiques ou cutanées au cours des six premières semaines de traitement. La NEVIRAPINE rapporte en plus de cas mortels d'insuffisance hépatiques aiguë chez les femmes enceintes.

Pour les Inhibiteurs de l'Intégrase (INI), seul le RALTEGRAVIR possède des données chez la femme enceinte et celles-ci révèlent des cas de tératogénicité.

Pour les Inhibiteurs de Protéase (IP), le DARUNAVIR est le seul recommandé en première intention car les molécules de cette classe ont des risques d'atteinte métabolique et rénale plus importants. La grossesse étant en elle-même un facteur de risque métabolique, certaines études avancent que les IP pourraient potentialiser cet effet. On note une augmentation des accouchements prématurés dans les traitements par IP/RITONAVIR.

1.3.6. Particularité de la femme enceinte et de la parturiente [4-5, 18, 28]

Dans le cas d'une femme enceinte séropositive, on s'emploie à toutes les précautions nécessaires pour que le bébé soit séronégatif. Comme il est recommandé de débiter un TAR chez toute personne atteinte du VIH, il en va de même pour les femmes enceintes.

Si la femme est déjà prise en charge et que sa charge virale est indétectable, on poursuit le traitement (s'il comporte de l'EFAVIRENZ, on interrompt ce dernier au premier trimestre). **Si c'est une découverte de séropositivité, on débute le traitement le plus tôt possible au cours de la grossesse** et on le poursuivra après l'accouchement. L'idéal serait de pouvoir réaliser ce test en pré-conceptionnel afin de pouvoir anticiper le traitement en amont de la grossesse. La première intention est une trithérapie composée de deux INTI et un IP, associé à du RITONAVIR. **Si la femme est déjà sous traitement mais que celui-ci n'est pas suffisamment efficace** (la charge virale est détectable), le dossier est discuté en concertation multidisciplinaires où tous les professionnels intervenants dans la prise en charge de la patiente sont présents. Le but est de renforcer la puissance antivirale en s'appuyant sur les traitements précédents et les analyses conduites tout au long de la prise en charge.

L'objectif est d'obtenir la suppression de la réplication virale pendant tout le troisième trimestre de grossesse. Il est connu que la grossesse peut entraîner des modifications de la concentration plasmatique des médicaments, pouvant entraîner une baisse de leur observance. Cependant, aucun ajustement posologique n'est obligatoire chez la femme enceinte. On s'appuiera sur les résultats de détection de la charge virale pour décider de changer la posologie s'il y a lieu.

Le suivi de grossesse d'une patiente séropositive est considéré à risque, de ce fait il est classé dans la catégorie A2 et peut être réalisé par une sage-femme après avis (obligatoire) d'un obstétricien. Ce suivi est mensuel comme toute autre grossesse, et centré sur quatre objectifs :

- L'évaluation du risque de rupture prématurée des membranes et de naissance prématurée
- Le dépistage d'infection cervico-vaginale et sexuellement transmissible
- La limitation des gestes invasifs (cerclage, amniocentèse)
- Repérer des comorbidités (troubles psychiatriques, métaboliques)

L'amniocentèse ne semble pas augmenter le risque de transmission mère-enfant, cependant il faut veiller à respecter un délai de quinze jours de traitement au minimum avant de la réaliser. Le prélèvement de trophoblaste ne fait pas l'objet de recommandations particulières, cependant il est préférable de ne pas effectuer ce geste car il est très invasif. La version par manœuvre externe ne fait pas l'objet de recommandations si la charge virale est contrôlée, mais elle est contre-indiquée si la charge virale est supérieure à 50 copies/mL.

Lors de l'accouchement, il existe plusieurs situations pour prévenir la transmission mère-enfant :

- La femme a une charge virale indétectable à 32-36 SA : aucune prise en charge particulière lors de l'accouchement
- La femme a une charge virale comprise entre 50 et 400 copies/mL à 36 SA : la décision de voie d'accouchement est prise au cas par cas en fonction de l'évolution de la charge virale. Lors du travail, on pourra mettre en place une perfusion de ZIDOVUDINE à dose de 1mg/kg la première

heure, puis une dose d'entretien de 0,5 mg/kg/h pour la poursuite du travail jusqu'au clampage du cordon.

- La femme n'a pas eu de TAR pendant la grossesse ou la charge virale est détectable (> 400 copies/mL) à 36 SA : une césarienne est programmée avec mise en place d'une perfusion de ZIDOVUDINE quatre heures avant le début de l'intervention. La césarienne sera placée le plus proche possible du terme, sans prendre toutefois le risque de subir un travail spontané ou une rupture précoce des membranes. Le traitement du nouveau-né sera renforcé.

Dans le cadre d'une rupture des membranes avant 34 SA, le risque est la chorioamniotite. Dès la suspicion, le traitement tocolytique doit être interrompu et on envisage une césarienne si les conditions obstétricales sont défavorables et le traitement du nouveau-né sera renforcé. La perfusion de ZIDOVUDINE sera posée dès que possible suite à la rupture de la poche des eaux. **Dans le cadre d'une rupture des membranes après 34 SA**, la conduite à tenir dépend de la charge virale. Si celle-ci est inférieure à 50 copies/mL, on réalise un déclenchement. Si elle est supérieure à 400 copies/mL, on réalise une césarienne. Entre ces deux seuils, on décide au cas par cas. La perfusion de ZIDOVUDINE sera posée dès que possible suite à la rupture de la poche des eaux. Dans ces deux cas le traitement du nouveau-né sera renforcé.

Quel que soit le cas de figure, la femme ne doit pas cesser de prendre son TAR, même si une césarienne est prévue. La prise de décision doit tenir compte de l'avis de la femme enceinte, on ne peut envisager la voie d'accouchement que sur son accord. On veillera aussi à ne pas mettre en place d'électrode au scalp lors de l'enregistre cardiotocographique, ni de réaliser de prélèvement fœtal au scalp.

1.3.7. Particularité du nouveau-né [4-6, 9, 16-18, 28]

Le suivi de la femme enceinte permet déjà d'élaborer une stratégie de prise en charge anténatale. A la naissance si une aspiration gastrique doit être réalisée, on veillera à ce qu'elle soit le moins traumatique possible. On réalisera une désinfection oculaire en salle de naissance. Il est souvent proposé de faire prendre un bain au nouveau-né à la naissance, mais l'intérêt de cette pratique n'a jamais été démontré.

Chez le nouveau-né dont la charge virale maternelle était indétectable, le traitement est débuté le plus tôt possible en salle de naissance, dès que le score d'Apgar le permet. Ce traitement consiste à l'administration de ZIDOVUDINE toutes les 12 heures pendant quatre semaines, à une posologie de 4 mg/kg. Un autre traitement existe: la NEVIRAPINE à 15 mg/j chez les enfants de plus de 2500g, à 10 mg/j pour les enfants entre 2000 et 2500g, et à 2 mg/j pour les enfants nés avec un poids inférieur à 2000g. Le choix du traitement est décidé en anténatal, par concertation entre les infectiologues, les pédiatres et les obstétriciens. **Chez le nouveau-né dont la mère n'a pas été traitée pendant la grossesse**, en plus des précautions décrites ci-dessus un traitement renforcé sera obligatoire. Chez tous les autres nouveau-né (durée insuffisante de traitement maternel, charge virale détectable, facteurs de risque à l'accouchement), le traitement renforcé est discuté au cas par cas.

Dans tous les cas, il faudra réaliser un certain nombre de prélèvements à l'enfant : une charge virale du VIH, une numération formule sanguine avec plaquettes, les transaminases, un ionogramme sanguin, urée, créatinine, calcium, phosphore, lipasémie, ainsi que la bilirubine si la mère avait dans

son traitement du ATAZANAVIR ou du RALTEGRAVIR. Enfin, quel que soit le schéma, l'allaitement est contre-indiqué.

1.4. RÔLE DE LA SAGE-FEMME [32-34]

Selon la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, « toute femme enceinte bénéficie d'une surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement qui comporte, en particulier, des examens prénataux et postnataux obligatoires pratiqués ou prescrits par un médecin ou une sage-femme. [...] A l'occasion du premier examen prénatal, après information sur les risques de contamination, un test de dépistage de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine est proposé à la femme enceinte ».

Depuis la « loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire » du 21 juillet 2009, la sage-femme peut assurer le suivi gynécologique de prévention dans le cadre de la physiologie. L'article L.4151-1 du Code de la santé publique stipule que : « l'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention ainsi que d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique ».

La sage-femme peut ainsi prescrire les examens complémentaires utiles au suivi génésique tel que le dépistage des infections sexuellement transmissibles dont le VIH fait partie. Il est recommandé de le proposer dans les situations suivantes :

- Lors d'une consultation pré-conceptionnelle
- Lors de la première consultation de grossesse ou à un autre moment de la grossesse s'il n'a pas été proposé avant
- Lorsque la patiente a un partenaire ou un conjoint infecté par le VIH ou originaire d'une zone d'endémie
- Lorsque la patiente a un partenaire ou un conjoint qui n'a pas été dépisté pour l'infection au VIH
- Lorsque la patiente présente des partenaires multiples ou des pratiques à risque (sexuelles, drogues)

De plus, comme il est recommandé de réaliser ce dépistage au moins une fois au cours de sa vie, la sage-femme peut être amenée à le proposer lors du suivi gynécologique s'il n'a jamais été réalisé avant. Ainsi, la première stratégie de prévention consiste à assurer un dépistage chez toutes les femmes. On sera plus attentif à le réaliser avant ou pendant la grossesse, lors de l'accouchement et chez les femmes considérées à risque plus élevé.

1.5. LA PREVENTION

1.5.1. Les moyens de prévention [2, 4-5, 8, 13, 15-16, 18, 20]

Le dépistage est recommandé à toutes les personnes exposées à des facteurs de risque. L'OMS recommande également le dépistage et la notification aux partenaires ou aux couples. A cette fin elle recommande la mise en place d'un soutien pour aider la personne à informer ses partenaires.

Au niveau individuel, on peut réduire les risques d'infection en limitant l'exposition aux facteurs de risque. Ces différents moyens de prévention sont souvent combinés entre eux. **Le plus commun est le port du préservatif masculin ou féminin** lors des rapports sexuels avec une personne, lorsque

notre sérologie et/ou la sienne sont inconnues. Son usage correct et régulier peut empêcher la transmission du VIH, ainsi que des autres IST. Certains éléments ont montré que les préservatifs masculins en latex ont une probabilité de 85% ou plus de protéger du VIH. Moins répandue en France, **la circoncision médicale à tout âge** (nettement utilisée en Afrique) est recommandée en 2007 par l'OMS et l'ONUSIDA. Elle réduit le risque de transmission hétérosexuelle chez l'homme de 60% et protège ainsi secondairement les femmes. Elle est basée sur le volontariat, et la population a une bonne acceptation de cette méthode. Une étude de l'Agence Nationale de Recherche sur le SIDA et les hépatites virales a montré que suite à la circoncision d'une grande partie de la population, la prévalence des nouvelles infections a baissé. Enfin, **la désinfection de matériel contaminé ou l'emploi de matériel à usage unique, pour les toxicomanes et les professions nécessitant du matériel** (professions médicales, esthéticiennes, tatoueurs/perceurs) est vivement recommandée.

Mais ces mesures ne sont pas toujours appliquées ou applicables. Ainsi, les antirétroviraux font partie des moyens de prévention et viennent compléter les moyens déjà présents. Il existe des traitements destinés à réduire les risques lors d'expositions, comme **les prophylaxies pré-exposition (PrEP) ou les traitements post-exposition (TPE)**. L'efficacité de la première a été démontrée pour les personnes séropositives comme pour les personnes séronégatives. En effet, l'étude HPTN 052 réalisée chez des couples séro-différents en 2011 a montré une baisse de 96% du risque de transmission du VIH à un partenaire non atteint si la charge est contrôlée par un TAR. Ainsi, l'OMS a recommandé une mise sous traitement de toutes les personnes infectées si leur partenaire est séro-différent. On note aussi que plus de dix études contrôlées randomisées, comme iPrEx et lpergay réalisées chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ainsi que Partners PrEP et TDF2 chez des hétérosexuels, ont montré qu'une personne séronégative prenant un TAR quotidien peut grandement réduire le risque de contracter le VIH. L'OMS recommande donc la PrEP comme une option préventive pour les personnes exposées au risque de contracter le VIH. Enfin, le TPE est mis en place afin de prévenir l'infection lors d'expositions accidentelles au VIH (rapport sexuel non protégé ou accident d'exposition aux liquides biologiques pour les soignants) tant pour les adultes que pour les enfants. La prise d'antirétroviraux doit être débutée immédiatement : au mieux dans les 4h suivant l'exposition, mais elle est possible jusqu'à 48h post-exposition. Cette trithérapie est poursuivie 28 jours.

1.5.2. Les derniers programmes de prévention [2, 4-5, 10, 14, 16, 18, 20]

En 2014, l'ONUSIDA met en place l'objectif 90-90-90 pour 2020 : il s'agit que d'ici à 2020, 90% des personnes vivant avec le VIH soient diagnostiquées, que 90% des cas diagnostiqués soient traités et que 90% des cas traités atteignent une suppression virale pour atteindre la fin du SIDA en 2030. En 2016 dans le monde, seuls 70% des séropositifs étaient diagnostiqués et seulement 53% d'entre eux étaient sous traitement. La Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé a approuvé une nouvelle « Stratégie mondiale du secteur de la santé sur le VIH, 2016-2021 ». Celle-ci intègre 5 orientations stratégiques pour guider les actions prioritaires à mener par les pays et l'OMS au cours des 6 prochaines années, à savoir :

- Des informations pour cibler les actions (connaître l'épidémie et la réponse à fournir sur son territoire)
- Des interventions visant un impact donné (couvrir la gamme des services nécessaires)

- Des services dispensés dans une optique d'équité (couvrir les populations ayant besoin des services)
- Des solutions financières viables (couvrir les coûts financiers des services)
- Des innovations pour accélérer les progrès (être tourné vers l'avenir).

Au niveau mondial, l'OMS co-parraine le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). Au sein de ce Programme, l'OMS dirige les activités relatives au traitement et aux soins liés au VIH et celles concernant ce virus et la co-infection tuberculose-VIH. Elle coordonne avec l'UNICEF les travaux sur l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH.

Au niveau national, les Centres de Coordination Régionale de lutte contre le Virus de l'Immunodéficience Humaine (COREVIH) permettent la coordination des différents acteurs de ce combat, via des antennes régionales. Ils assurent la prise en charge globale du VIH et des IST. Ils sont donc des référents de choix et sont ainsi intervenus dans la mise en place de la stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 de l'Agence régionale de santé.

1.6. LA RECHERCHE [5, 15, 35-36]

Actuellement la recherche est dirigée vers la thérapie cellulaire pour greffer des cellules immunitaires résistantes à l'infection, ainsi que vers un vaccin thérapeutique pour stimuler le système immunitaire contre le virus, voire permettre une guérison fonctionnelle. Ces méthodes pourraient permettre de contrôler l'infection spontanément ou après interruption d'un TAR pris très tôt après la primo-infection. Dans un même temps, les chercheurs étudient l'allègement thérapeutique (réduire le nombre de molécules, le nombre de prises, la dose) afin d'améliorer le confort de vie et les risques de toxicité des traitements pour les personnes contaminées. **Cet axe est notamment dans le cadre du traitement de la femme enceinte, car certaines molécules présentes des risques de prématurité et d'anomalies cardiaques pour l'enfant.** On continue d'étudier les mécanismes moléculaires des différentes étapes du cycle viral afin de trouver quelle phase virale est la plus importune à cibler pour développer un traitement. On cherche à comprendre les mécanismes de persistance de l'infection notamment liés aux réservoirs viraux qui empêchent l'arrêt du traitement et la guérison des patients. De plus, on analyse les interactions hôte-virus, car ces derniers utilisent la machinerie cellulaire pour leur réplication mais certains de ses éléments stoppent, ralentissent ou réduisent la réplication virale, sauf pour les lentivirus comme les VIH qui arrivent les contrer. Les chercheurs se tournent aussi vers les mécanismes d'entrée du virus par les muqueuses, pour élaborer de nouvelles stratégies de prévention.

2. PARTIE 2 : METHODOLOGIE ET PRESENTATION DE L'ETUDE

2.1. Problématique

L'étude menée tentera de répondre à la problématique suivante : en quoi les connaissances des sages-femmes libérales de Moselle sur le VIH impacte sur le dépistage de leurs patientes lors du suivi génésique ?

2.2. Objectifs

2.2.1. Bénéfices attendus

Les bénéfices attendus suite à cette étude appellent à un meilleur taux de dépistage et donc de prise en charge des patientes porteuses du VIH et de leur entourage, ainsi qu'à une baisse de la transmission mère-enfant.

2.2.2. Objectifs : principal et secondaires

L'objectif principal de ce mémoire a été de faire, de février à avril 2018, un état des lieux des connaissances sur le VIH et des pratiques professionnelles en matière de dépistage du VIH chez les femmes, lors du suivi de santé génésique, par les sages-femmes libérales de Moselle.

Les objectifs secondaires étaient :

- Faire un état des lieux du dépistage du VIH par les sages-femmes libérales de Moselle en 2018.
- Explorer les connaissances des sages-femmes libérales de Moselle en 2018 sur la transmission mère-enfant du VIH.
- Etudier les connaissances des sages-femmes libérales de Moselle en 2018 sur la prise en charge des patientes à l'issue d'un dépistage du VIH revenant positif.

2.3. Hypothèses

Nous avons formulé plusieurs hypothèses :

- Hypothèse 1 : les sages-femmes libérales de Moselle dépistent systématiquement leurs patientes pour le VIH lors du suivi génésique en 2018.
- Hypothèse 2 : les sages-femmes libérales de Moselle ont les connaissances suffisantes pour argumenter le dépistage du VIH auprès de leurs patientes en 2018.
- Hypothèse 3 : les sages-femmes libérales de Moselle connaissent les taux de transmission mère-enfant du VIH en 2018.
- Hypothèse 4 : les sages-femmes libérales de Moselle connaissent la prise en charge d'un nouveau-né dont la mère est séropositive au VIH en 2018.
- Hypothèse 5 : les sages-femmes libérales de Moselle connaissent la prise en charge d'une patiente ayant été découverte séropositive au VIH lors du suivi génésique en 2018.

2.4. Critères de jugement : principal et secondaires

Pour chaque hypothèse, nous avons décidé un critère de jugement :

- Hypothèse 1 : le nombre de sages-femmes libérales de Moselle dépistant systématiquement leurs patientes pour le VIH lors du suivi génésique.
- Hypothèse 2 : le nombre de sages-femmes libérales de Moselle ayant des connaissances suffisantes pour argumenter le dépistage du VIH auprès de leurs patientes.
- Hypothèse 3 : le nombre de sages-femmes libérales de Moselle connaissant les taux de transmission mère-enfant du VIH.
- Hypothèse 4 : le nombre de sages-femmes libérales de Moselle connaissant la prise en charge d'un nouveau-né dont la mère est séropositive au VIH.

- Hypothèse 5 : le nombre de sages-femmes libérales de Moselle connaissant la prise en charge d'une patiente ayant découvert sa séropositivité lors du suivi génésique.

2.5. Matériel et méthodes envisagées

2.5.1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude épidémiologique, observationnelle, descriptive, transversale et multicentrique des sages-femmes libérales de Moselle en 2018 à l'aide d'un questionnaire anonyme.

2.5.2. Population de l'étude : étape d'éligibilité

La population étudiée était constituée des sages-femmes exerçant en secteur libéral en Moselle, dont l'activité principale est le suivi de la santé génésique des femmes.

Les sages-femmes incluses étaient les sages-femmes réalisant principalement du suivi gynécologique et/ou obstétrical, et désirant participer à l'étude.

N'ont pas été inclus dans l'étude les sages-femmes n'exerçant pas en libéral, et les sages-femmes libérales dont l'activité principale n'est pas le suivi de la santé génésique. Par exemple les activités non concernées sont : l'échographie, la préparation à la naissance et à la parentalité, la sophrologie ou encore l'hypnose. De plus les sages-femmes libérales ne souhaitant pas participer à l'étude non pas été incluses.

Ont été exclus de l'étude les questionnaires incomplets ou non exploitables.

2.5.3. Recueil des données

Les données ont été recueillies à l'aide de questionnaires anonymes (12). Ces derniers se composaient de 4 parties. La première, nommée « vos caractéristiques », permettait de décrire la population étudiée et de l'interroger sur ses formations à propos du VIH. La deuxième concernait les conditions de prescription du dépistage du VIH dans le cadre du suivi génésique. La troisième partie questionnait les sages-femmes libérales sur les connaissances de risque de transmission mère-enfant. Puis la quatrième partie ciblait les connaissances des sages-femmes libérales sur la prise en charge mise en place pour une patiente dont le test révèle sa séropositivité eu VIH. Enfin, nous avons laissé aux personnes répondant au questionnaire la possibilité de nous adresser des remarques ou des commentaires sur l'étude.

2.5.4. Gestion des données

Les données ont été traitées grâce à la suite Microsoft Office (Word et Excel).

2.5.5. Lieux et période de l'étude

L'étude a été réalisée sur le département de la Moselle de février à avril 2018.

2.5.6. Procédure de minimisation des biais

Les biais ont été minimisés par le choix de la population ainsi que par différents classements des données. Ces dernières ont en effet été classées selon l'année d'obtention du diplôme d'état de sage-femme, ainsi que par la durée d'exercice en libéral.

Malgré ces précautions, des biais ont quand même été possibles par le mode déclaratif des données, mais surtout par les difficultés de transmission du questionnaire.

3. PARTIE 3 : RESULTATS

3.1. Taux de participation

Le questionnaire a été proposé à 98 sages-femmes libérales de Moselle. 19 sages-femmes n'ont pas été incluses dans l'étude car le suivi de santé gènesique n'était pas leur activité principale. Nous avons donc retenu 79 sages-femmes libérales pour notre étude. 25 questionnaires ont été renseignés entièrement ou partiellement. Le taux de participation a été de 25,51% sur 98, avec un taux de participation corrigé de 31,65% sur 79. Afin de minimiser les biais d'interprétation, nous avons classé les questionnaires et étudié les résultats de deux visions différentes : selon le nombre d'années d'études réalisées, et selon la durée exercée en libéral.

3.2. Caractéristiques générales de la population étudiée

« Généralités »

Parmi les 25 sages-femmes libérales ayant répondu à l'étude, 24 étaient des femmes (96%). 7 femmes ont fait leurs études en 3 ans, 9 femmes ont fait leurs études en 4 ans et 1 homme ainsi que 8 femmes ont fait leurs études en 5 ans. Du côté de la durée d'exercice libéral, 10 femmes ont exercés moins de 5 ans, 1 homme ainsi que 7 femmes ont exercé entre 5 et 10 ans, et 7 femmes ont exercé plus de 10 ans en secteur libéral.

« Quel est votre âge ? »

La plus jeune sage-femme participant à l'étude avait 25 ans et la plus âgée 57 ans. L'âge moyen de la population étudiée est de 43,28 ans.

Dans la catégorie des sages-femmes ayant fait **3 ans d'études**, la plus jeune avait 52 ans et la plus âgée 57 ans. L'âge moyen était de 55,29 ans.

Dans la catégorie des sages-femmes ayant fait **4 ans d'études**, la plus jeune avait 35 ans et la plus âgée 53 ans. L'âge moyen était de 46,11 ans.

Dans la catégorie des sages-femmes ayant fait **5 ans d'études**, la plus jeune avait 25 ans et la plus âgée 45 ans. L'âge moyen était de 31,11 ans.

Dans la catégorie des sages-femmes exerçant en libéral depuis **moins de 5 ans**, la plus jeune avait 25 ans et la plus âgée 48 ans. L'âge moyen était de 33,71 ans.

Dans la catégorie des sages-femmes exerçant en libéral **entre 5 et 10 ans**, la plus jeune avait 29 ans et la plus âgée 55 ans. L'âge moyen était de 39,63 ans.

Dans la catégorie des sages-femmes exerçant en libéral depuis **plus de 10 ans**, la plus jeune avait 45 ans et la plus âgée 57 ans. L'âge moyen était de 52,90 ans.

« Depuis combien de temps exercez-vous en libéral ? »

Parmi les 25 sages-femmes ayant répondu, 7 (28%) exerçaient en libéral depuis moins de 5 ans (de 1 à 4 ans), 8 (32%) depuis au moins 5 ans mais moins de 10 ans (de 5 à 8 ans), et 10 (40%) depuis au moins 10 ans (de 11 à 28 ans).

« Combien de temps avez-vous exercé dans un (des) autre(s) secteur(s) ? »

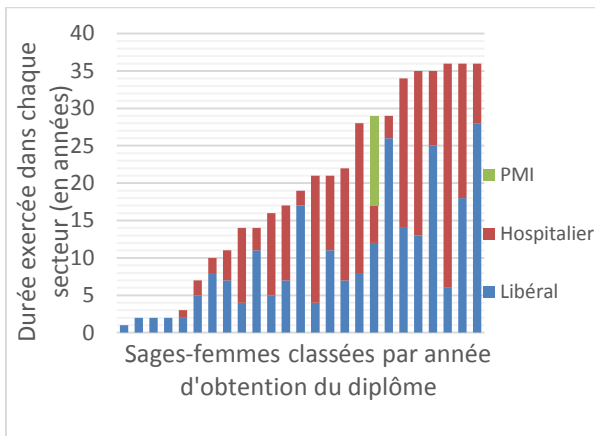


Figure 10 : Durée exercée dans les différents secteurs par les sages-femmes libérales selon l'année d'obtention du diplôme – Etude dépistage VIH – Moselle – 2018 (n=25)

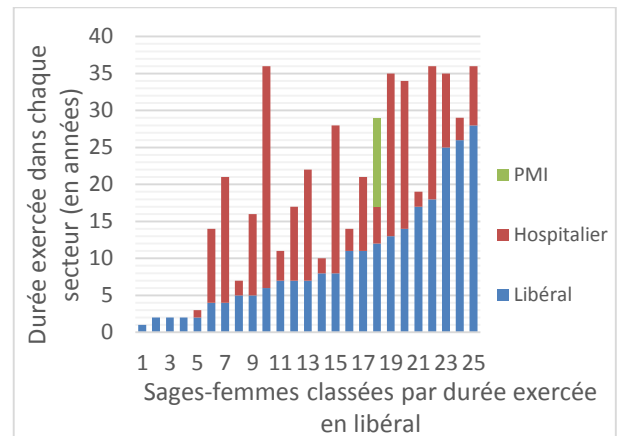


Figure 11 : Durée exercée dans les différents secteurs par les sages-femmes libérales selon la durée exercée en libéral – Etude dépistage VIH – Moselle – 2018 (n=25)

« En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ? »

Les lois changeant le nombre d'années d'études de sages-femmes ont été promulguées en 1987 et 2002. Les premiers diplômes obtenus suite à ces changements l'ont été en 1989 et 2004. Nous avons donc 7 sages-femmes (28%) ayant été diplômées de leurs études en 3 ans de 1982 à 1987, 9 (36%) pour les études en 4 ans de 1989 à 2004, et 9 (36%) pour les études en 5 ans de 2006 à 2016.

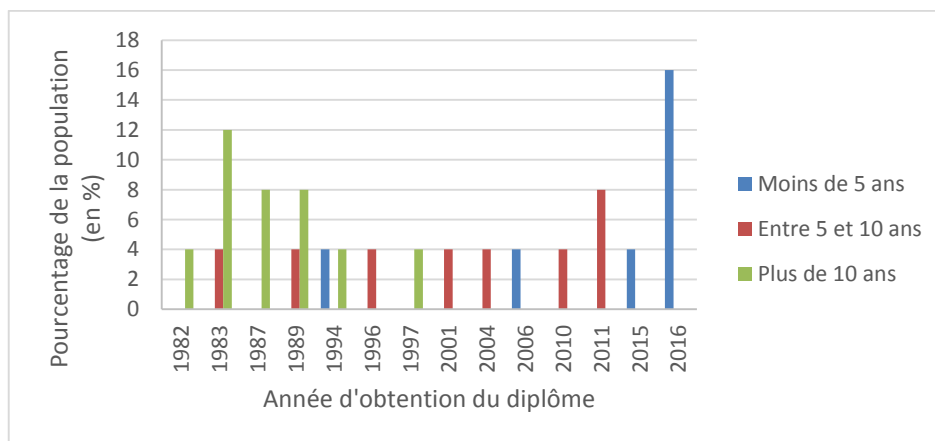


Figure 14 : Fréquence de l'année d'obtention du diplôme de sage-femme selon la durée exercée en libéral – Etude dépistage VIH – Moselle – 2018 (n=25)

« Avez-vous eu des cours sur le VIH/SIDA pendant vos études ? »

Les 25 sages-femmes de l'étude ont répondu à cette question. Parmi elles, 16 (64%) se souviennent avoir eu des cours durant leurs études, 7 (28%) affirment qu'ils n'en ont pas eu et 2 (8%) ne s'en souviennent pas.

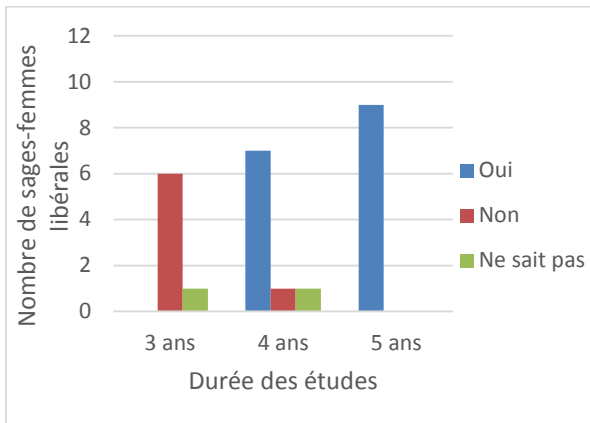


Figure 16 : Fréquence des sages-femmes libérales ayant eu des cours sur le VIH/SIDA durant leurs études selon la durée d'études – Etude dépistage VIH – Moselle – 2018 (n=25)

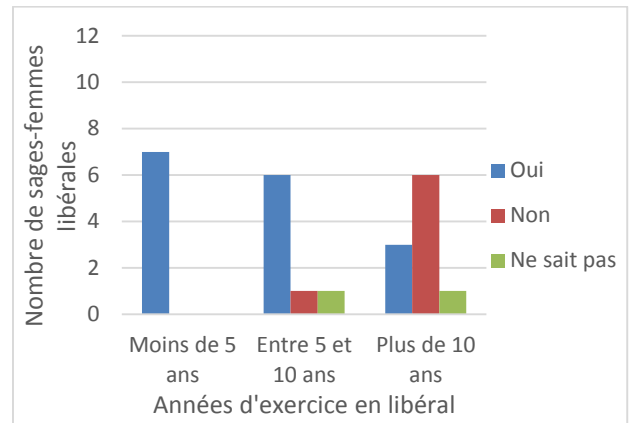


Figure 17 : Fréquence des sages-femmes libérales ayant eu des cours sur le VIH/SIDA durant leurs études selon la durée d'exercice libéral – Etude dépistage VIH – Moselle – 2018 (n=25)

« Si oui, combien d'heures environ ont duré ces cours ? »

Sur les 16 sages-femmes se souvenant avoir eu des cours pendant leurs études, 6 ne savent pas combien de temps ils ont duré. La plus petite durée de cours est de 30 minutes, la plus grande de 10 heures. La durée moyenne des cours des 10 sages-femmes ayant répondu à cette question est 4 heures et 30 minutes.

« Pensez-vous avoir besoin d'une actualisation de vos connaissances sur le VIH/SIDA ? »

Parmi les 25 sages-femmes de l'étude, 76% ont répondu avoir besoin d'une actualisation de leurs connaissances.

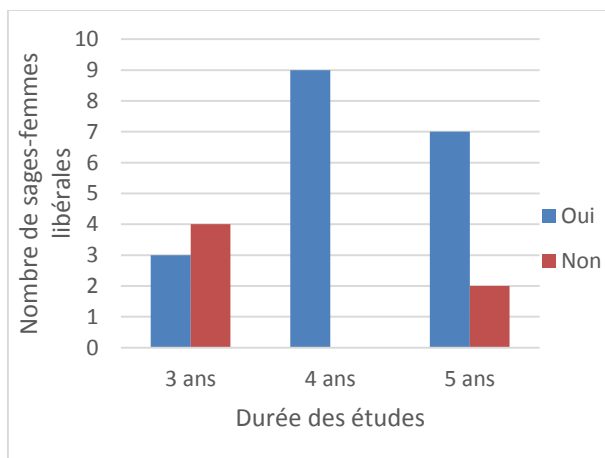


Figure 18 : Fréquence des sages-femmes libérales estimant avoir besoin d'une actualisation de leurs connaissances sur le VIH/SIDA selon la durée de leurs études – Etude dépistage VIH – Moselle – 2018 (n=25)

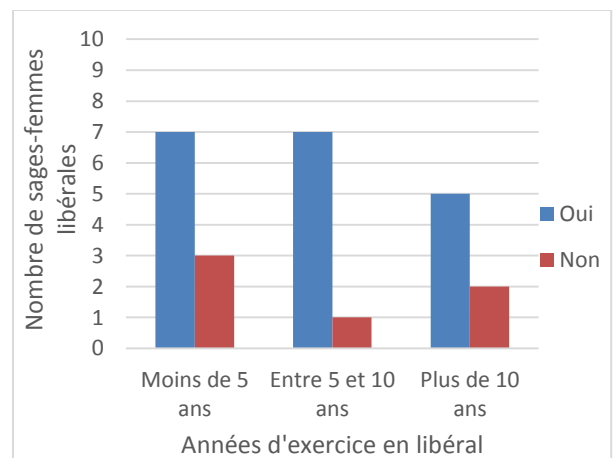


Figure 19 : Fréquence des sages-femmes libérales estimant avoir besoin d'une actualisation de leurs connaissances sur le VIH/SIDA selon la durée d'exercice libéral – Etude dépistage VIH – Moselle – 2018 (n=25)

« Si oui dans quel(s) domaine(s) plus particulièrement ? »

Sur 19 sages-femmes ayant répondu avoir besoin d'une actualisation de leurs connaissances à propos du VIH/SIDA, 12 sages-femmes ont affirmé avoir besoin de connaissances sur le traitement (63,16%), 5 sur la prise d'une femme enceinte pendant la grossesse, le travail et l'accouchement (26,36%), 4 sur la prise en charge du nouveau-né et la transmission mère-enfant (21,05%), 3 sur le dépistage (15,79%), 3 sur les actualités de la maladie (15,79%), 2 sur la contamination (10,53%) et 1 sur l'épidémiologie (5,26%). Enfin, 3 sages-femmes ont dit avoir besoin d'une actualisation sur tout ce qui concerne le VIH (15,79%).

« Au cours de votre exercice, avez-vous été sensibilisé au VIH/SIDA par des interventions dans des congrès, des formations (...) ? »

Le nombre de sages-femmes libérales ayant participé à une formation est de 13 (52%). Sur 19 sages-femmes ayant répondu avoir besoin d'une actualisation de leurs connaissances sur le VIH/SIDA, 9 ont participé à une formation.

Dans la classe des 3 ans d'études, 3 sages-femmes avaient répondu avoir besoin d'une actualisation de leurs connaissances sur le VIH/SIDA. 1 sage-femme a participé à des interventions de formation. Dans la classe des **4 ans d'études**, les 9 sages-femmes avaient répondu avoir besoin d'une actualisation de leurs connaissances sur le VIH/SIDA. 6 sages-femmes ont participé à des interventions de formation.

Dans la classe des **5 ans d'études**, 7 sages-femmes avaient répondu avoir besoin d'une actualisation de leurs connaissances sur le VIH/SIDA. 2 sages-femmes ont participé à des interventions de formations.

Dans la classe des moins de 5 ans d'exercice libéral, 5 sages-femmes avaient répondu avoir besoin d'une actualisation de leurs connaissances sur le VIH/SIDA. 2 sages-femmes ont participé à des interventions de formation.

Dans la classe **des 5 à 10 ans** d'exercice libéral, 7 sages-femmes avaient répondu avoir besoin d'une actualisation de leurs connaissances sur le VIH/SIDA. 3 sages-femmes ont participé à des interventions de formation.

Dans la classe des **plus de 10 ans** d'exercice libéral, 7 sages-femmes avaient répondu avoir besoin d'une actualisation de leurs connaissances sur le VIH/SIDA. 4 sages-femmes ont participé à des interventions de formations.

« Si oui, combien d'heures a duré cette (ces) interventions ? »

Sur 13 sages-femmes ayant participé à des interventions de formation, 8 ont donné une durée desdites interventions. L'intervention la plus courte à durée 30 minutes, la plus longue 4 heures. La durée moyenne des interventions était de 2 heures et 7 minutes.

« Si oui, qui organisait ces interventions ? »

Sur 13 sages-femmes ayant participé à des formations 11 ont précisé leurs origines : 5 étaient présentes à des congrès (38,46%), 3 à des interventions de médecins (23,08%), 2 ont participé à des formations gérées par des organismes (15,38%), 1 a été réalisée par des sages-femmes (7,69%), 1 a été réalisée par des intervenants hospitaliers (7,69%), et 1 par AIDES – une association de lutte contre le SIDA et les hépatites en France et en Europe - (7,69%).

« Etes-vous satisfait de l'apport théorique de ces formations/interventions ? »

Sur 13 sages-femmes ayant participé à des interventions de formations, 10 étaient satisfaites desdites formations (76,92%).

« Pourquoi ? »

Sur 13 sages-femmes ayant participé à des interventions sur le VIH, 10 ont exposé les raisons de leur satisfaction. Parmi les 7 sages-femmes satisfaits de leur formation, 5 avancent comme argument qu'elles étaient complètes, intéressantes et que l'essentiel avait été abordé (50%, n=10), 3 ont apprécié la qualité de leur intervention, réalisée par des professionnels de santé ou des organismes sérieux (30%, n=10) et 2 étaient satisfaits d'approfondir leurs connaissances ou de se remettre à niveau (20%, n=10). Pour les 3 sages-femmes non satisfaites de leurs formations, 3 répondaient qu'elles étaient imprécises, incomplètes et trop ponctuelles (30%, n=10) et 2 qu'elles avaient été trop théoriques et qu'aucun cas clinique n'avait été présenté (20%, n=10).

« Comment mettez-vous à jour vos connaissances professionnelles habituellement ? »

Sur les 25 sages-femmes de l'étude, toutes ont renseigné de quelle façon elles mettaient à jour leurs connaissances. Le mode d'actualisation le plus utilisé est le développement professionnel continu, via des formations professionnelles ou encore des diplômes interuniversitaires pour 19 d'entre elles (76%). Puis 15 mettent à jour leurs connaissances par la littérature (60%) et par des congrès (48%). Dans les modes d'actualisation moins utilisés on note que 6 utilisent internet (24%), 4 vont chercher les publications des instances officielles (CNOSF, CNGOF, HAS, JPU) soit 16% et enfin 3 d'entre elles utilisent le partage d'expérience (12%).

3.3 Conditions de prescription du dépistage VIH dans le suivi génésique

3.3.1 Suivi de grossesse

« Dans le cadre du suivi de grossesse, vous proposer le test de dépistage VIH systématiquement ? »

Tableau I : Fréquence de la prescription du dépistage VIH pour suivi de grossesse - Etude dépistage VIH – Moselle – 2018 (n=25)

	Réponse « Oui » Effectif (%)	Réponse « Non » Effectif (%)
Sans facteur de comparaison (n=25)	24 (96)	1 (4)
Nombre d'années d'études de sages-femmes (n=25) :		
3 ans	7 (28)	0 (0)
4 ans	8 (32)	1 (4)
5 ans	9 (36)	0 (0)
Nombre d'années exercées en libéral (n=25) :		
Moins de 5 ans	7 (28)	0 (0)
Entre 5 et 10 ans	8 (32)	0 (0)
Plus de 10 ans	9 (36)	1 (4)

« Vous le proposer au cas par cas ? »

Sur 25 sages-femmes, 1 (4%) prescrit le dépistage VIH au cas par cas, dans le cas où il n'a jamais été réalisé avant.

« Vous le réalisez sur demande de la patiente ? »

Sur 25 sages-femmes, 6 (24%) prescrivent le dépistage VIH sur demande de la patiente durant la grossesse.

« Lorsque la patiente refuse ce dépistage, de quelle façon essayez-vous de la convaincre des bienfaits de connaître son statut sérologique ? Quels sont vos arguments ? »

Parmi les 25 sages-femmes ayant répondu, 13 (52%) argumentent que le dépistage permet d'éviter la transmission mère-enfant postérieurement, 7 (28%) qu'il existe des traitements efficaces, 6 (24%) que le dépistage sert aussi à protéger les autres et 5 (20%) que le VIH cause des risques pour la santé/la vie de la patiente elle-même. Enfin, 1 sage-femme (4%) avance le fait que des femmes sont contaminées sans le savoir, 1 sage-femme (4%) que cette sérologie est obligatoirement demandé pour l'accouchement dans les maternités, 1 sage-femme (4%) que ce test est gratuit et 1 sage-femme (4%) que le dépistage VIH ne sert pas à juger les personnes quel que soit le résultat. De plus, 14 (56%) sages-femmes ont notifié qu'elles n'avaient jamais eu de refus lorsqu'elles avaient proposé ce dépistage.

3.3.2 Suivi gynécologique

Parmi la population de l'étude, 2 sages-femmes ne pratiquent pas de suivi gynécologique de prévention. La population de cette partie du questionnaire est de 23 sages-femmes.

« Dans le cadre du suivi gynécologique, vous proposer le test de dépistage VIH systématiquement ? »

Tableau II : Fréquence de la prescription du dépistage VIH pour suivi gynécologique - Etude dépistage VIH – Moselle – 2018 (n=23)

	Réponse « Oui » Effectif (%)	Réponse « Non » Effectif (%)
Sans facteur de comparaison (n=23)	5 (21,74)	18 (78,26)
Nombre d'années d'études de sages-femmes (n=23) :		
3 ans	1 (4,35)	5 (21,74)
4 ans	4 (17,39)	5 (21,74)
5 ans	0 (0,00)	8 (34,78)
Nombre d'années exercées en libéral (n=23) :		
Moins de 5 ans	0 (0,00)	6 (26,09)
Entre 5 et 10 ans	2 (8,70)	6 (26,09)
Plus de 10 ans	3 (13,04)	6 (26,09)

Selon le nombre d'années d'études, 1 sage-femme ne réalise pas de suivi gynécologique dans la catégorie des 3 ans et 1 dans la catégorie des 5 ans. Selon le nombre d'années exercées en libéral, 1 sage-femme exerçant depuis moins de 5 ans et 1 sage-femme exerçant depuis moins de 10 ans ne réalisent pas de suivi gynécologique.

« Vous le proposer au cas par cas ? »

Sur 23 sages-femmes pratiquant du suivi gynécologique, 20 sages-femmes proposent le dépistage au VIH au cas par cas.

Tableau III : Fréquence de la prescription du dépistage VIH au cas par cas - Etude dépistage VIH – Moselle – 2018 (n=23)

	S'il n'a jamais été réalisé avant	Si le conjoint ne connaît pas son statut	Si la patiente a des pratiques à risque	Si la patiente ou son conjoint viennent d'une zone d'endémie
	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)
Sans facteur de comparaison (n=23)	9 (39,13)	6 (26,09)	19 (82,61)	6 (26,09)
Nombre d'années d'études de sages-femmes (n=23)				
3 ans	2 (8,70)	0 (0,00)	6 (26,09)	3 (13,04)
4 ans	1 (4,35)	0 (0,00)	5 (21,74)	1 (4,35)
5 ans	6 (26,09)	6 (26,09)	8 (34,78)	2 (8,70)
Nombre d'années exercées en libéral (n=23)				
Moins de 5 ans	4 (17,39)	3 (13,04)	6 (26,09)	0 (0,00)
Entre 5 et 10 ans	2 (8,70)	3 (13,04)	6 (26,09)	3 (13,04)
Plus de 10 ans	3 (13,04)	0 (0,00)	7 (30,43)	3 (13,04)

« Vous le réalisez sur demande de la patiente ? »

Sur 23 sages-femmes pratiquant du suivi gynécologique, 20 (86,96%) prescrivent le dépistage VIH sur demande de la patiente lors du suivi gynécologique.

« Lorsque la patiente refuse ce dépistage, de quelle façon essayez-vous de la convaincre des bienfaits de connaître son statut sérologique ? Quels sont vos arguments ? »

Parmi les 23 sages-femmes réalisant du suivi gynécologique, 17 (73,91%) ont répondu. Sur 23 sages-femmes, 7 (30,43%) argumentent qu'il y a des risques de transmissions aux partenaires, 6 (26,09%) que le VIH représente des risques pour la santé/la vie de la patiente, 5 (21,74%) qu'il existe des prise en charge et des traitements efficaces, et 3 (13,04%) avancent que c'est important pour une future grossesse. D'autre part, 2 sages-femmes (8,70%) mettent en avant que le dépistage est remboursé, et 3 (13,04%) d'entre elles qu'il est important de connaître son statut, car, l'une (4,35%) d'entre elle le mentionne, la prévalence de la maladie augmente. Enfin, 1 sage-femme (4,35%) présente que le test est rapide et 1 sage-femme (4,35%) rappelle que ce test ne présente pas de jugement de la personne y ayant recourt. De plus, 5 sages-femmes (21,74%) ont notifié qu'elles n'avaient jamais eu de refus lorsqu'elles avaient proposé ce dépistage.

3.4 Questions sur les risques de transmission mère-enfant

« Selon vous, quel est le taux de transmission mère-enfant dans le cadre d'une grossesse dépistée positive au VIH en l'absence de traitement ? »

Tableau IV : Fréquence des réponses du taux de transmission mère-enfant sans prise en charge - Etude dépistage VIH – Moselle – 2018 (n=25)

	Effectif	Pourcentage (%)
Ne sait pas	3	12
5%	1	4
Moins de 10%	1	4
10%	1	4
20%	5	20
30%	2	8
Au moins 33%	1	4
30 à 40%	1	4
40%	1	4
50%	3	12
70%	1	4
Plus de 70%	1	4
75%	1	4
80%	2	8
85%	1	4
Total :	25	100

« Selon vous, quel est le taux de transmission mère-enfant dans le cadre d'une grossesse dépistée positive au VIH et prise en charge ? »

Tableau V : Fréquence des réponses du taux de transmission mère-enfant avec prise en charge - Etude dépistage VIH – Moselle – 2018 (n=25)

	Effectif	Pourcentage (%)
Ne sait pas	2	8
0,5%	1	4
Moins de 1%	4	16
1%	3	12
1,5%	1	4
1 à 5%	1	4
2%	1	4
3%	1	4
Moins de 5%	2	8
5%	2	8
Plus de 5%	1	4
5 à 10%	1	4
8%	1	4
10%	3	12
15%	1	4
Total :	25	100

« Quel est le mode d'accouchement d'une femme séropositive en 2018 ? »

Tableau VI : Fréquence des réponses sur la mode d'accouchement d'une femme séropositive - Etude dépistage VIH – Moselle – 2018 (n=25)

	Effectif	Pourcentage (%)
Ne sait pas	1	4
Accouchement par voie basse	16	64
Précisions :		
Spontané	1	4
Si la CV indétectable	1	4
Si la CV est < à 400 copies	2	8
Si traitement	1	4
Césarienne	3	12
Précision :		
Si la CV est positive	2	8
Accouchement par voie basse et/ou césarienne	4	16
Précision :		
Selon la charge virale	1	4
Accouchement par voie basse possible mais césarienne recommandée	1	4
Total :	25	100

CV : charge virale

« Quelle est la prise en charge d'un nouveau-né de mère séropositive ? »

Tableau VII : Fréquence des réponses sur la prise en charge du nouveau-né de mère séropositive - Etude dépistage VIH – Moselle – 2018 (n=25)

	Effectif	Pourcentage (%)
Ne sait pas	2	8
A la naissance		
Bain immédiat antiseptique	3	12
Désinfection oculaire	1	4
Examen neuro-morphologique par le pédiatre	1	4
Surveillance en service de réanimation néonatale	2	8
Pas d'allaitement maternel	6	24
Bilan sanguin	4	16
Précision :		
A moyen terme	1	4
Sérologie VIH	9	36
Précisions :		
A la naissance	8	32
A 6 semaines	1	4
A distance	2	8
Traitements	9	36
Précisions :		
Systématique par antirétroviral	9	36
Le plus vite possible	2	8
De la 6 ^{ème} heure au 1 ^{er} mois de vie	1	4
Du 1 ^{er} jour au 30 ^{ème} jour de vie	1	4
Si la mère n'est pas suivie pour le VIH	1	4
A long terme		
Suivi régulier pendant 2 ans	1	4
Travail en réseau	1	4
Surveiller le calendrier vaccinal	1	4

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

3.5 Questions sur la prise en charge des patientes

« Pensez-vous que le dépistage devrait être obligatoire, au même titre que le dépistage de l'hépatite B ? »

Tableau VIII : Fréquence de l'opinion des sages-femmes sur l'obligation du dépistage au VIH - Etude dépistage VIH – Moselle – 2018 (n=25)

	Réponse « Oui » Effectif (%)	Réponse « Non » Effectif (%)
Sans facteur de comparaison (n=25)	20 (80)	5 (20)
Nombre d'années d'études de sages-femmes (n=25) :		
3 ans	7 (28)	2 (8)
4 ans	7 (28)	2 (8)
5 ans	6 (24)	1 (4)
Nombre d'années exercées en libéral (n=25) :		
Moins de 5 ans	9 (36)	1 (4)
Entre 5 et 10 ans	5 (20)	3 (12)
Plus de 10 ans	6 (24)	1 (1)

« Pourquoi ? »

Sur 25 sages-femmes, 23 ont répondu à cette question. Tout d'abord, les premiers arguments pour l'obligation du test concernent la femme : 9 sages-femmes (36%) répondent que cela aide à faire baisser la transmission à autrui, 6 sages-femmes (24%) qu'il existe des prise en charge et des traitements et 3 sages-femmes (12%) que c'est bon pour préserver la santé/la vie des femmes. Ensuite, les arguments suivant concernent la population : 5 sages-femmes (20%) répondent que beaucoup de personnes sont atteintes et qu'elles l'ignorent, 2 (8%) sont d'accord pour l'obligation car certaines femmes refusent de faire ce test où sont dans le déni d'être possiblement atteinte, et 1 sage-femme (4%) est pour car cela améliorerait la couverture de la prévention. D'autre part, les arguments concernent le suivi de grossesse : 2 sages-femmes (8%) répondent que c'est mieux pour le nouveau-né et sa prise en charge, ses risques de contamination, et 1 sage-femme (4%) pense que c'est mieux pour la grossesse. Enfin, 3 sages-femmes (12%) pensent que l'obligation de réaliser ce test protégerait les professionnels de santé. Du côté des arguments contre l'obligation du dépistage VIH, 2 sages-femmes (8%) répondent que les patientes sont toujours d'accord pour le réaliser, 1 sage-femme (4%) répond qu'il est toujours présenté comme tel et enfin 1 sage-femme (4%) dit que l'obligation entraine un doute dans l'esprit des personnes.

« Quelle prise en charge proposez-vous à la patiente dans le cas où le test revient positif au VIH ? »

Tableau IX : Fréquence de la prise en charge d'une patiente dépistée positive au VIH - Etude dépistage VIH – Moselle – 2018 (n=24)

	Effectif	Pourcentage (%)
La patiente est adressée :		
A un gynécologue-obstétricien	16	66,67
A un médecin infectiologue	8	33,33
A un médecin traitant	4	16,67
En service GHR	1	4,17
A un addictologue	1	4,17
A un pédiatre (pour le nouveau-né)	1	4,17
A un psychologue (si elle le désire)	3	12,50
A un CeGIDD pour dépistage du conjoint	2	8,33
On appelle un médecin hospitalier pour prescrire un bilan avant le rendez-vous	1	4,17
On met en place un traitement le plus vite possible	2	8,33
On explique les implications de la découverte	1	4,17
On se met à disposition pour suivre avec elle sa grossesse et les premiers jours de l'enfant	1	4,17
On réalise un suivi classique après avis d'une gynécologue-obstétricien	1	4,17

GHR : grossesse à haut risque, CeGIDD : Centre gratuit d'information de dépistage et de diagnostic

Une sage-femme n'a pas répondu à cette question.

3.6 Remarques et commentaires sur l'étude

Sur le questionnaire, nous avons laissé une partie libre sous l'intitulé : « Remarques, commentaires que vous souhaitez partager ». Une sage-femme a répondu qu'elle n'avait jamais été confrontée à une patiente séropositive au VIH, alors même qu'elle exerce « *pourtant dans un quartier sensible* ». Une sage-femme a remercié la mise en place de ce travail car pour elle ce « *sujet est encore tabou* ». Une sage-femme a commenté que le choix du sujet était judicieux. Deux sages-femmes ont répondu que le sujet était intéressant et l'une d'entre elles a répondu qu'elle avait besoin de remise à jour. Une sage-femme a commenté que c'était « *un très bon sujet* ».

4. PARTIE 4 : DISCUSSION ET PROPOSITIONS

4.1. Discussion des résultats et validation des hypothèses

4.1.1. Les sages-femmes libérales de Moselle en 2018 et le dépistage systématique du VIH pour le suivi génésique

Seulement 17,39% des sages-femmes libérales de Moselle dépistent systématiquement leurs patientes pour le VIH au cours du suivi génésique en 2018. En effet, si elles sont 96% à dépister systématiquement leurs patientes pour le VIH pendant le suivi de grossesse ou 21,74% à le réaliser systématiquement au cours du suivi gynécologique, il n'y a que 4 sages-femmes qui le prescrivent systématiquement dans ces deux suivis. Lorsque l'on regarde de plus près les caractéristiques de la population prescrivant le dépistage systématiquement à l'occasion du suivi gynécologique, on remarque que ces sages-femmes ont fait leurs études en 3 (1 sage-femme sur 5) ou 4 ans (4 sages-femmes sur 5). De plus, elles exercent en libéral depuis plus de 5 ans (2 sur 5 entre 5 à 10 ans, et 3 sur 5 depuis plus de 10 ans). Aucune sage-femme libérale ayant fait ses études en 5 ans et/ou installée en libéral depuis moins de 5 ans le prescrit systématiquement dans ce cadre.

Si en 2018, les sages-femmes libérales de Moselle sont 82,61% à suivre les recommandations préconisant de dépister les personnes ayant des pratiques de vie à risque, elles ne sont plus que 39,13% à le prescrire s'il n'a jamais été réalisé avant (lors du suivi gynécologique) – lorsque les recommandations de l'HAS préconisent de le réaliser au moins une fois au cours de la vie, 26,09% à la prescrire lorsque le conjoint ne connaît pas son statut et 26,09% à le prescrire si la patiente ou son conjoint viennent d'une zone d'endémie. Lorsqu'on se penche sur les caractéristiques de la population, les effectifs le proposant si la patiente a des pratiques à risque sont équilibrés quelle que soit la catégorie. Par contre, on remarque que les sages-femmes le prescrivant s'il n'a jamais été réalisé avant ont majoritairement fait leurs études en 5 ans (6 sages-femmes sur 9). Sur 23 sages-femmes pratiquant du suivi gynécologique, 22 (95,65%) prescrivent le dépistage VIH sur demande de la patiente et/ou l'ont prescrit systématiquement lors du suivi gynécologique.

Il est à noter que la seule sage-femme ne prescrivant pas le dépistage du VIH systématiquement pendant la grossesse le réalise uniquement s'il jamais été réalisé avant ou sur demande de la patiente. De plus, 24% des sages-femmes prescrivent le dépistage du VIH pendant la grossesse lorsque la patiente en fait la demande, et ce même si le dépistage a déjà été réalisé au décours de cette grossesse.

Globalement, les arguments les plus présentés à la patiente sont les mêmes dans le cadre du suivi de grossesse et du suivi gynécologique. En effet, parmi ces arguments on retrouve : « *important pour une grossesse pour éviter la transmission mère-enfant* » à la première position à 52% pour le suivi de grossesse contre la quatrième position à 13,04% pour le suivi gynécologique, puis : « *il existe des prises en charges et des traitements efficaces* » à la deuxième position à 28% pour le suivi de grossesse contre la troisième position à 21,74% pour le suivi gynécologique, ainsi que : « *pour éviter les risques de transmissions aux partenaires* » à la troisième position à 24% pour le suivi de grossesse contre la première position à 30,43% pour le suivi gynécologique, et enfin : « *il existe des risque pour la santé/la vie de la patiente elle-même* » à la quatrième position à 20% pour le suivi de grossesse et à la deuxième position à 26,09% pour le suivi gynécologique.

L'hypothèse 1 : « les sages-femmes libérales de Moselle dépistent systématiquement leurs patientes pour le VIH lors du suivi génésique en 2018 » est donc réfutée. Si pour les sages-femmes libérales le dépistage est quasiment systématique lors du suivi de grossesse, il ne l'est pas encore pour le suivi gynécologique de base. Ainsi, des progrès pourront être réalisés à ce niveau.

4.1.2. Les sages-femmes libérales de Moselle en 2018 et leurs connaissances sur le VIH

92% des sages-femmes ont eu des cours sur le VIH pendant leurs études et/ou une formation durant leur carrière. En effet, elles sont 64% à se souvenir avoir eu des cours sur le VIH/SIDA pendant leurs études. Les sages-femmes formées en 3 ans n'ont vraisemblablement pas eu de cours sur le VIH pendant leurs études (6 sur 7 l'affirment, un ne se souvient plus), les sages-femmes formées en 4 ans sont partagées (7 affirment avoir eu des cours, 1 non et 1 ne se souvient plus) et celles formées en 5 ans en ont tous eu. De plus, 52% des sages-femmes ont participé à au moins une formation au cours de leur carrière (5/7 dans les 3 ans d'études, 6/9 dans 4 ans d'études, 2/9 pour les 5 ans d'études). Sur 9 sages-femmes n'ayant pas eu de cours durant leur formation ou ne s'en souvenant plus, 7 ont participé à des formations sur le VIH.

Malgré les études et les formations, 76% des sages-femmes pensent avoir besoin d'une actualisation de leurs connaissances sur le VIH. Cette tendance est visualisée lorsque les sages-femmes sont classées par durée exercée en libéral, cependant lorsque l'on prend le classement par durée d'études, les sages-femmes ayant étudié en 4 et 5 ans déclarent avoir plus de besoin que les sages-femmes ayant étudié en 3 ans (88,89% contre 42,86%). Concernant les précisions sur les domaines de leurs besoins, 63,19% des sages-femmes ayant répondu ont parlé des connaissances sur le traitement. Si effectivement, elles ont à prendre en charge des femmes infectées au VIH, le choix du traitement est du ressort du médecin référent VIH. Ainsi, si elles n'ont pas la responsabilité de prescription et de suivi du traitement, elles peuvent se montrer attentives à la compatibilité des molécules prescrites pendant la grossesse. Pour le domaine des prises en charge des femmes infectées pendant la grossesse et l'accouchement, ainsi que des conduites à tenir pour empêcher la transmission mère-enfant aux nouveau-nés, elles ont été respectivement 26,36% et 21,05% à manifester des besoins. D'autre part, 15,79% des sages-femmes ont manifesté des besoins sur le dépistage, ce qui peut expliquer les taux de dépistage cités précédemment. Enfin, elles ont été 15,79% à vouloir actualiser leurs connaissances sur tous les domaines du VIH.

Lorsque l'on a demandé aux sages-femmes d'estimer la durée des cours qu'elles ont reçus durant leurs études, une grande différence a été retrouvée dans les réponses allant de trente minutes à dix heures. La moyenne calculé à partir de ses réponses a donné quatre heures et trente minutes. Il semble vraisemblable que les cours sur le VIH aient été inclus dans les cours d'infectiologie et qu'ils ne représentaient qu'une partie des heures allouées aux infections. Quant aux formations, les sages-femmes ont estimé qu'elles avaient duré de trente minutes à quatre heures, mais les interventions les plus longues ne concernaient pas uniquement le VIH.

L'hypothèse 2 : « les sages-femmes libérales de Moselle ont les connaissances suffisantes pour augmenter le dépistage du VIH auprès de leurs patientes en 2018 » est donc validée. Quasiment toutes les sages-femmes de Moselle ont eu des formations théoriques sur le VIH durant leurs études ou leur exercice. Elles estiment cependant que leurs connaissances pourraient être améliorées, notamment

sur les notions pratiques liées au VIH. Afin d'accéder à leurs besoins, des formations pourraient être mise en place au niveau de congrès régionaux ou nationaux.

4.1.3. Les sages-femmes libérales de Moselle en 2018 et leurs connaissances sur les taux de transmission mère-enfant du VIH

Si 16% des sages-femmes libérales de Moselle en 2018 ont donné des réponses dans les intervalles de bonne réponse sur les taux de transmission mère-enfant du VIH avec et sans traitement, aucune n'a cependant donné les réponses exactes sur les deux questions. En effet, concernant la transmission mère-enfant en l'absence de traitement, 56% des sages-femmes ont donné une réponse comprise dans l'intervalle de bonne réponse – à savoir entre 10 et 60% de risque – mais aucune n'a donné l'intervalle correct. Concernant la transmission mère-enfant lorsqu'un traitement est mis en place, 16% des sages-femmes ont donné la bonne réponse – à savoir moins de 1% de risque. Si l'on regarde de plus près la population, une sage-femme (sur 7) a donné ses réponses dans les intervalles pour les deux questions dans la catégorie des 3 ans d'études, un sage-femme (sur 9) dans la catégorie des 4 ans d'études, et 2 sages-femmes (sur 9) dans la catégorie des 3 ans d'études. Enfin, si l'on se réfère par rapport à la durée exercée en libéral, 0 sage-femme (sur 7) ont donné leurs réponses dans les intervalles dans la catégorie ayant exercé moins de 5 ans en libéral, 2 sages-femmes (sur 8) dans la catégorie des 5 à 10 ans d'exercice libéral, et 2 sages-femmes (sur 10) dans la catégorie ayant exercé plus de 10 ans en libéral.

L'hypothèse 3 : « les sages-femmes libérales de Moselle connaissent les taux de transmission mère-enfant du VIH en 2018 » est donc réfutée. Si 56% des sages-femmes libérales de Moselle avancent que leurs patientes n'ont jamais refusé leur proposition de dépistage du VIH pour le suivi de grossesse, le fait de connaître les taux de transmission mère-enfant avec et sans traitement leur donnerait des arguments pour permettre aux femmes d'agrèer à la réalisation de ce test.

4.1.4. Les sages-femmes libérales de Moselle en 2018 et leurs connaissances sur la prise en charge d'un nouveau-né de mère séropositive au VIH

12% des sages-femmes libérales de Moselle en 2018 ont répondu que l'on réalise un accouchement par voie basse si la charge virale est indétectable ou une césarienne si elle est détectable. De plus, 20% ont répondu par voie basse ou césarienne, dont 4% a précisé « *en fonction de la charge virale* » sans donner de seuil. Si les sages-femmes ont été 76% à répondre que l'accouchement a lieu par voie basse (car la césarienne n'est plus systématique), peu sont celles qui ont tous les bons indicateurs pour la prise de décision de la voie d'accouchement.

Si aucune sage-femme n'a donné la prise en charge complète d'un nouveau-né – à savoir : la désinfection oculaire à la naissance, la contre-indication de l'allaitement maternel, le bilan sanguin dont la virologie VIH, le traitement systématique dès que possible et les 4 premières semaines de vie ainsi que le suivi régulier pendant 2 ans – elles ont toutes des notions complémentaires. 4% des sages-femmes proposeraient une désinfection oculaire à la naissance, 24% proscrieraient l'allaitement maternel, 16% proposeraient un bilan sanguin, 32% réaliseraient une sérologie VIH, 36% mettraient en place un traitement antirétroviral systématique dont 8% précisent le plus vite possible et 8% ont notion que ce traitement doit durer au moins 4 semaines, et enfin 4% mettraient en place un suivi sur le long cours pendant 2 ans. Globalement, ces prises en charge sont proposées par des sages-femmes ayant fait 5

ans d'études. On note que certaines sages-femmes se réfèrent encore aux anciennes recommandations. Par exemple, 12% proposeraient un bain immédiat antiseptique (3 et 4 ans d'études), 8% admettraient le nouveau-né en service de réanimation néonatale pour surveillance (3 et 5 ans d'études) et 4% ne proposeraient un traitement que si la mère n'est pas suivie pour le VIH (3 ans d'études).

L'hypothèse 4 : « les sages-femmes libérales de Moselle connaissent la prise en charge d'un nouveau-né dont la mère est séropositive au VIH en 2018 » est donc réfutée. S'il y a très peu de sages-femmes à connaître les critères pour le mode d'accouchement d'une femme séropositive en 2018 et qu'aucune ne connaît la prise en charge de base d'un nouveau-né de ces femmes, on peut nuancer ces résultats par le fait que très peu de sages-femmes libérales pratiquent les accouchements et qu'elles ne prennent pas en charge les nouveau-nés au niveau hospitalier. Ainsi, même si ce sont des informations qu'elles pourraient transmettre aux futures mères, ce ne sont pas des actes qu'elles auront à réaliser et elles ne risquent pas de commettre des fautes dans leur exercice.

4.1.5. Les sages-femmes libérales de Moselle en 2018 et leurs connaissances sur la prise en charge d'une patiente découverte séropositive au VIH lors du suivi génésique

Les sages-femmes sont 33,33% à adresser la patiente à un infectiologue (médecin référent VIH). Malgré tout, elles sont 96% à adresser la patiente à un médecin : 66,67% adressent la patiente à un gynécologue-obstétricien, 16,67% la dirigent vers un médecin traitant et 4,17% vers un addictologue. Même si les recommandations préconisent de diriger la patiente vers un infectiologue, le gynécologue-obstétricien et le médecin traitant sont à même d'adresser la patiente à un infectiologue. Cependant, ils sont des intermédiaires de plus et allongent le délai de prise en charge des personnes. **Aucune sage-femme n'a parlé des bilans que l'on réalise à un patient découvert séropositif au VIH.**

L'hypothèse 5 : « les sages-femmes libérales de Moselle connaissent la prise en charge d'une patiente ayant été découverte séropositive au VIH lors du suivi génésique en 2018 » est donc partiellement validée. En effet, si aucune sage-femme ne semble connaître les bilans proposés à un patient venant de découvrir son infection au VIH, ceux-ci sont réalisés par le médecin référent VIH et sont donc de son domaine de compétence. Malgré tout, ces résultats traduisent le travail en réseau des sages-femmes libérales de Moselle, qui n'hésitent pas à adresser leurs patientes à des médecins ayant la capacité de les orienter vers leur prise en charge.

4.1.6. Les sages-femmes libérales de Moselle en 2018 et la possibilité de rendre le test de dépistage au VIH obligatoire pendant la grossesse

Les sages-femmes sont 80% à penser que rendre obligatoire le dépistage du VIH pendant la grossesse serait une bonne chose. Elles mettent en avant le fait que c'est un moyen de préservation de la santé des femmes, que cela permet de faire baisser les risques de transmissions et que malgré le fait qu'il n'existe aucun de moyen de guérison, des traitements efficaces peuvent être mis en place. De plus, elles sont pleinement conscientes que beaucoup de personnes sont contaminées mais l'ignorent, et qu'elles contribuent alors à transmettre le VIH. De ce fait, rendre le test obligatoire pour la grossesse permettrait d'améliorer la couverture de la prévention. On peut prendre pour exemple l'obligation du dépistage de l'hépatite B pendant la grossesse, qui permet d'identifier précocement pendant la grossesse les personnes atteintes et de leur proposer une prise en charge, et donc dans un deuxième temps de faire baisser les taux de transmission. Il permet ainsi de protéger l'enfant à naître dans le cas où une

femme est atteinte de l'hépatite B. Dans ce sens, Les sages-femmes étant favorables pour l'obligation de réalisation de ce test pendant la grossesse ont été 36% à relever que cela permettrait de faire baisser les transmission à autrui et 8 % vis-à-vis du fœtus et du nouveau-né, 24% qu'il existe des traitements. Enfin, 12% pensent aussi que de connaître obligatoirement le statut sérologique de la femme enceinte assurerait une protection supplémentaire aux professionnels de santé.

4.1.7. Synthèse des pratiques professionnelles

On peut ainsi remarquer des leviers qui permettent d'optimiser les prises en charge vis-à-vis du VIH :

- Les sages-femmes libérales sont compliantes au dépistage systématique du VIH pendant la grossesse
- Toutes les sages-femmes diplômées depuis 1989 ont eu des cours sur le VIH pendant leur formation
- Les sages-femmes libérales sont intéressées pour actualiser leurs connaissances
- Les sages-femmes libérales connaissent les autres acteurs de santé pour travailler en réseau
- Les sages-femmes libérales sont ouvertes à l'édition de nouvelles recommandations pour le dépistage du VIH

D'autre part, on a remarqué des freins qui font baisser les bonnes prises en charge du VIH :

- Les sages-femmes ne sont pas compliantes au dépistage systématique du VIH pendant le suivi gynécologique
- Les sages-femmes diplômées jusqu'en 1987 n'avaient pas de cours sur le VIH durant leurs études
- Certaines formations auxquelles les sages-femmes ont participé n'étaient pas assez axées sur le côté pratique
- Les sages-femmes libérales connaissent mal les prises en charge en secteur hospitalier

4.2. Perspectives et propositions d'amélioration

4.2.1. Perspectives

Il est certain que désormais, toutes les nouvelles sages-femmes diplômées auront eu des cours systématiquement pendant leurs études et donc les connaissances théoriques pour prendre en charge une patiente séropositive au VIH.

A l'Ecole de sage-femme du CHR de Metz, il est proposé aux étudiantes sages-femmes une unité d'enseignement intitulée « Actions de Santé Publique et de promotion de la santé – journée mondiale de lutte contre le VIH » (13). Les objectifs de cette action sont de promouvoir le dépistage et la protection contre le SIDA en population générale et pendant la grossesse, notamment en animant des interventions à destination des lycéens et des étudiants de la ville (14). Ainsi, les étudiantes y participant s'inscrivent dans le Contrat local de santé de Metz aux côtés du Collectif Messin de Lutte contre le SIDA, et travaillent de ce fait avec le réseau présent sur la région.

Dans un autre temps, l'Ecole propose aussi une autre unité d'enseignement intitulée « Actions de Santé Publique et de promotion de la santé – information et prévention en milieu scolaire » (15). Les objectifs de cette action visent à connaître les principes de base en matière de santé génésique, sexuelle et de vie affective et de savoir adapter leur présentation en fonction du public. Lors des phases de présentation dans les collèges et lycées messins, les élèves bénéficient d'une présentation sur l'anatomie génésique humaine, avec des notions sur le cycle menstruel, les contraceptions ou encore l'interruption volontaire

de grossesse et les notions de consentement de la sexualité. Les contraceptions permettent de différencier les méthodes évitant les grossesses mais aussi les moyens de protection envers les IST. Ainsi, ces interventions associent des informations sur l'épidémiologie et les modes de transmission des IST dont le VIH, mais aussi la prévention qui est largement recommandée pour s'en protéger.

4.2.2. Propositions d'améliorations

L'étude s'est portée uniquement au sein de la Moselle, qui représente un territoire restreint du pays. Cette enquête pourrait être ouverte au niveau national pour analyser les pratiques des sages-femmes libérales de France. Lorsque l'on sait que certaines régions ont des prévalences au VIH plus fortes que d'autres (exemple de l'île de France ou des départements d'Outre-mer) (9), il serait opportun d'évaluer les pratiques des sages-femmes libérales dans ces régions.

De plus, la population étudiée n'exerçait que dans un secteur : le libéral, qui n'est pas le plus gros secteur d'exercice de la profession dans ce département. Les sages-femmes hospitalières étant amenées à prendre en charge des femmes infectées au VIH pour leur accouchement, ainsi que les nouveau-nés de ces mères dans le post-partum. Il serait donc judicieux de réaliser une étude portant sur toutes les sages-femmes quel que soit leur mode d'exercice, tant en libéral, qu'en hospitalier ou encore en protection maternelle et infantile.

Les sages-femmes de l'étude ont aussi évoqué que peu de formations sur le VIH étaient présentées, et que les quelques qui l'avaient été se positionnaient plus sur le côté théorique que pratique. C'est pourquoi il serait intéressant de proposer des formations sur le VIH axées du côté pratique lors des journées de formations et congrès régionaux ou nationaux.

Enfin, une plaquette d'information à destination des professionnels de santé pourrait être mise à leur disposition. Celle-ci leur présenterait succinctement les recommandations en matière de dépistage, les arguments pouvant être mis en avant auprès des patientes pour améliorer la compliance au dépistage du VIH, ainsi que les prises en charge à mettre en place lors d'une découverte de séropositivité au VIH, la conduite à tenir pour un accouchement de femme infectée et l'accueil du nouveau-né de ces dernières.

CONCLUSION

Avec plus de 35 millions de morts à ce jour, le VIH continue de représenter un problème mondial majeur de santé publique.

Si le taux de transmission mère-enfant avoisinait les 20% en 1990, il est aujourd'hui inférieur à 1%. Ce chiffre est le résultat des nombreux programmes de prévention et des campagnes de dépistage. Cependant, si ces résultats sont très encourageants, il ne faut pas oublier qu'en France, on estime que 20% des personnes infectées par le VIH ne connaissent pas leur statut. Ainsi, la prévention doit être appliquée pour tous les modes de transmission.

A travers ce travail, nous avons mis en évidence que les sages-femmes constituent des professionnels de choix pour améliorer la compliance aux dépistages et donc qu'elles ont participé à la baisse des taux de transmission mère-enfant. Ainsi, nous, sages-femmes, sommes au cœur de cette prévention par la réalisation du dépistage lors du suivi gynécologique. Si le dépistage à l'occasion d'une grossesse n'est plus à plébisciter car largement pratiqué, nous devons approfondir nos efforts sur le dépistage proposé dans le cadre du suivi gynécologique. Nous avons la capacité de toucher une large population.

Désormais, toutes les nouvelles sages-femmes diplômées auront étudié le VIH au moins durant leurs études, et ces cours sont réalisés en accord avec les nouvelles recommandations. De plus, les sages-femmes paraissent largement volontaires pour participer à des formations et actualiser leurs connaissances, ainsi qu'à suivre les nouvelles recommandations à venir.

Enfin, la force des sages-femmes libérales réside à dépister le VIH et à proposer un travail en réseau avec les autres professionnels de santé pour sa prise en charge.

Des efforts restent encore à fournir, les taux de transmissions ne pouvant baisser que par une campagne de dépistage plus largement proposée, mais les pratiques des sages-femmes prouvent que nous sommes en bonne voie.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Aide Info Sida. (Consulté le 06/01/2018). L'histoire du Sida, [en ligne]. Disponible sur : http://www.aideinfosida.be/histoire_sida_ais.php
- [2] CATIE. (Consulté le 06/01/2018). Un historique du VIH et du sida, [en ligne]. Disponible sur : <http://www.catie.ca/fr/journee-mondiale-contre-le-sida/historique>
- [3] Réseau SIDA/MI. (Consulté le 06/01/2018). Historique du VIH / Sida, [en ligne]. Disponible sur : <http://www.reseausidami.quebec/fr/pour-en-savoir-plus/historique-du-vih-sida/>
- [4] Foulhy C, Corebin-Valdenaire V, Letertre-Gibert P et al. Grossesse et VIH. Vocation sage-femme. 2018 Jan-Fév ; (130):9-27.
- [5] Inserm. (Consulté le 08/01/2018). Sida et VIH à quand la guérison ?, [en ligne]. Disponible sur : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/sida-et-vih/>
- [6] Institut Pasteur. (Consulté le 27/01/2018). SIDA / VIH : informations et traitements, [en ligne]. Disponible sur : <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/sida-vih#>
- [7] Libération. (Consulté le 23/02/2018). Procès du sang contaminé. Les dates clés de « l'affaire du sang », [en ligne]. Disponible sur : http://www.liberation.fr/cahier-special/1999/02/09/proces-du-sang-contamine-les-dates-cles-de-l-affaire-du-sang_264518
- [8] Bui D. Portraits de VI(H)ES. 1^{ère} éd. Paris : le cherche midi éditeur ; 2017.
- [9] Infectiologie.com. (Consulté le 09/05/2018). Infections VIH : Outils virologiques, [en ligne]. Disponible sur : http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/enseignement/seminaires_desc/2015/desc-MIT-2015-virovih-descamps.pdf
- [10] COREVIH Grand Est. VIH/SIDA Chiffres clés 2017. Strasbourg : COREVIH Grand Est ; 2017.
- [11] Vih.org. (Consulté le 03/05/2018). Le VIH en France en 2017, [en ligne]. Disponible sur : <http://vih.org/20171129/vih-en-france-en-2017/139817>
- [12] Vih.org. (Consulté le 03/05/2018). Les chiffres du VIH/sida en 2017, [en ligne]. Disponible sur : <http://vih.org/dossier/chiffres-du-vihsida-en-2017>
- [13] COREVIH GRAND EST. (Consulté le 03/05/2018). COREVIH Grand Est, [en ligne]. Disponible sur : <http://www.corevih-grandest.fr/>
- [14] ANRS. (Consulté le 08/05/2018). Enjeux de la recherche, [en ligne]. Disponible sur : <http://www.anrs.fr/fr/VIH-sida/enjeux-de-la-recherche>
- [15] CATIE. (Consulté le 09/05/2018). La transmission du VIH : « les facteurs qui affectent le risque biologique », [en ligne]. Disponible sur : <http://librarypdf.catie.ca/PDF/ATI-20000s/26479.pdf>
- [16] AIDSinfo | UNAIDS. (Consulté le 06/01/2018). AIDSinfo | UNAIDS, [en ligne]. Disponible sur : <http://Aidsinfo.unaids.org>

- [17] ONUSIDA. (Consulté le 06/01/2018). France | ONUSIDA, [en ligne]. Disponible sur : <http://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries/france/>
- [18] Organisation mondiale de la santé. (Consulté le 06/01/2018). Principaux repères sur le VIH/sida, [en ligne]. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/fr/>
- [19] Organisation mondiale de la santé. (Consulté le 27/01/2018). OMS | L'OMS et la lutte contre le VIH/sida, [en ligne]. Disponible sur : <http://www.who.int/hiv/fr>
- [20] L'Actuel. (Consulté le 09/05/2018). Quels sont les symptômes du VIH/sida ?, [en ligne]. Disponible sur : https://cliniquelactuel.com/les_symptomes_du_VIH_sida
- [21] Action positive. (Consulté le 09/05/2018). Populations les plus à risque de contracter le VIH/SIDA, [en ligne]. Disponible sur : <http://www.actionpositive.ca/guide-vih/suis-je-a-risque/>
- [22] HAS. (Consulté le 09/05/2018). Stratégies du diagnostic biologique de l'infection due au VIH chez les sujets âgés de plus de 18 mois, [en ligne]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/VIH_recos.pdf
- [23] Vih.org. (Consulté le 09/05/2018). Dépistage : les recommandations de la HAS, [en ligne]. Disponible sur : <http://vih.org/20090106/depistage-recommandations-has/57449>
- [24] Docteurcliv. (Consulté le 03/05/2018). Principes du traitement contre le Sida : traitement, définition, [en ligne]. Disponible sur : <http://www.docteurcliv.com/traitement/principes-du-traitement-contre-le-sida.aspx>
- [25] HIV & AIDS. (Consulté le 09/05/2018). Information :: Les effets secondaires – la multithérapie contre le VIH et ses effets secondaires, [en ligne]. Disponible sur : <http://www.aidsmap.com/La-multith%C3%A9rapie-contre-le-VIH-et-ses-effets-secondaires/page/2318843/>
- [26] Actions traitements. (Consulté le 09/05/2018). Les effets indésirables – Actions Traitements, association de patients VIH et co-infections, [en ligne]. Disponible sur : <http://www.actions-traitements.org/info-traitements/les-effets-indesirables/>
- [27] CATIE. (Consulté le 09/05/2018). 16. Les effets secondaires moins courants, [en ligne]. Disponible sur : <http://www.catie.ca/fr/guides-pratiques/effets-secondaires-medicaments-anti-vih/16-effets-moins-courants>
- [28] CATIE. (Consulté le 05/02/2018). La grossesse et le VIH, [en ligne]. Disponible sur : <http://www.catie.ca/pdf/BrochuresFR/grossesse.pdf>
- [29] Infor Jeunes. (Consulté le 27/01/2018). Test de dépistage du Sida, [en ligne]. Disponible sur : <http://www.jeminforme.be/sante-drogues/sida/test-de-depistage-du-sida>
- [30] Prévention SIDA. (Consulté le 27/01/2018). SIDA : le dépistage, pourquoi et comment ?, [en ligne]. Disponible sur : <http://preventionsida.org/sida-lessentiel/le-depistage-pourquoi-et-comment/>
- [31] Dr.Gay. (Consulté le 27/01/2018). Traitement antirétroviral (TAR), [en ligne]. Disponible sur : <http://www.drgay.ch/fr/séropositif/thérapie/traitement-antirétrovira>

[32] La Prévention Médicale. (Consulté le 31/01/2018). Les compétences de la sage-femme dans le suivi gynécologique, [en ligne]. Disponible sur : <https://www.prevention-medicale.org/actualites-et-revues-de-presse/toutes-les-actualites/sage-femme/competences-sage-femme-suivi-gyneco>

[33] CNOSF. Les compétences des sages-femmes et le code de déontologie. Paris : Conseil national de l'Ordre des sages-femmes ; 2012.

[34] Bristol-Myers Squibb. VIH & Risque de transmission mère-enfant. 2014

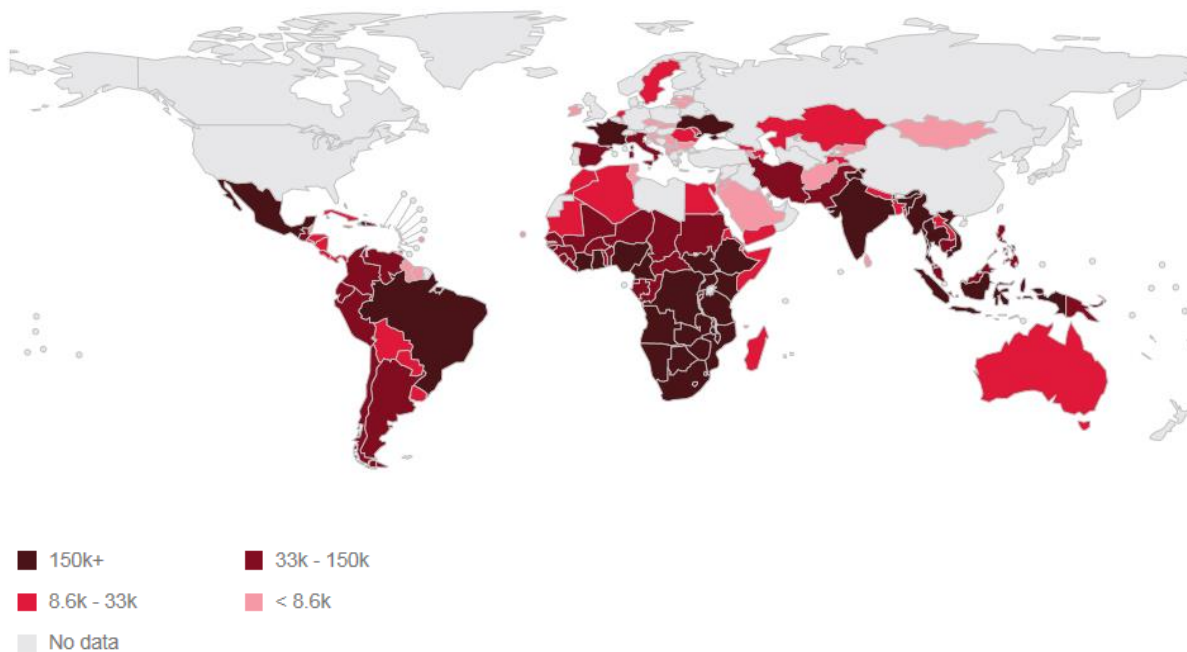
[35] ANRS. (Consulté le 08/05/2018). Les priorités, [en ligne]. Disponible sur : <http://www.anrs.fr/fr/vih-sida/recherche-fondamentale/les-priorites>

[36] ANRS. (Consulté le 08/05/2018). Les priorités – VIH/sida – clin, [en ligne]. Disponible sur : <http://www.anrs.fr/fr/vih-sida/recherche-clinique/les-priorites>

ANNEXES

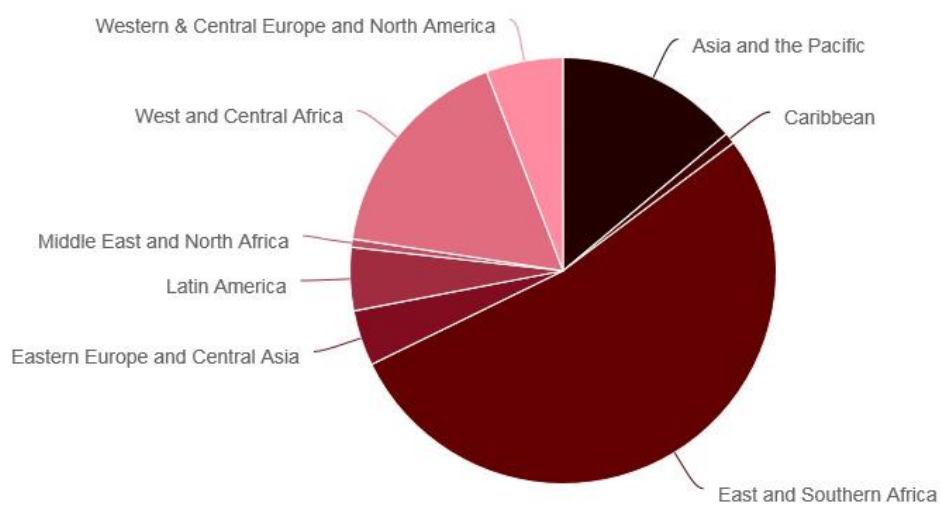
- **Annexe 1** : carte de la prévalence du VIH dans le monde en 2016
- **Annexe 2** : personnes vivants avec le VIH (tout âge confondu) – par région du monde en 2017
- **Annexe 3** : personnes vivants avec le VIH dans le monde (tout âge confondu)
- **Annexe 4** : pourcentage d'adultes (de plus de 15 ans) vivants avec le VIH dans le monde – par sexe
- **Annexe 5** : personnes vivants avec le VIH en France (tout âge confondu)
- **Annexe 6** : adulte (de plus de 15 ans) vivants avec le VIH en France – Par sexe
- **Annexe 7** : nouvelles infections au VIH en France (tout âge confondu)
- **Annexe 8** : nouvelles infections au VIH chez les adultes (de plus de 15 ans) en France – Par sexe
- **Annexe 9** : prévalence des nouvelles découvertes de séropositivité au VIH selon les régions en France en 2016
- **Annexe 10** : méthode de réalisation d'un TROD
- **Annexe 11** : tableau récapitulatif des différents antirétroviraux disponibles par classe thérapeutique – plaquette informative éditée par Actions traitements en 2017
- **Annexe 12** : questionnaire de l'étude
- **Annexe 13** : fiche de présentation de l'unité d'enseignement « journée mondiale de lutte contre le VIH »
- **Annexe 14** : convention de partenariat avec le lycée Fabert de Metz, définissant les objectifs de l'intervention de la journée mondiale de lutte contre le VIH
- **Annexe 15** : fiche de présentation de l'unité d'enseignement « information et prévention en milieu scolaire »

Annexe 1 : Carte de la prévalence du VIH dans le monde en 2016



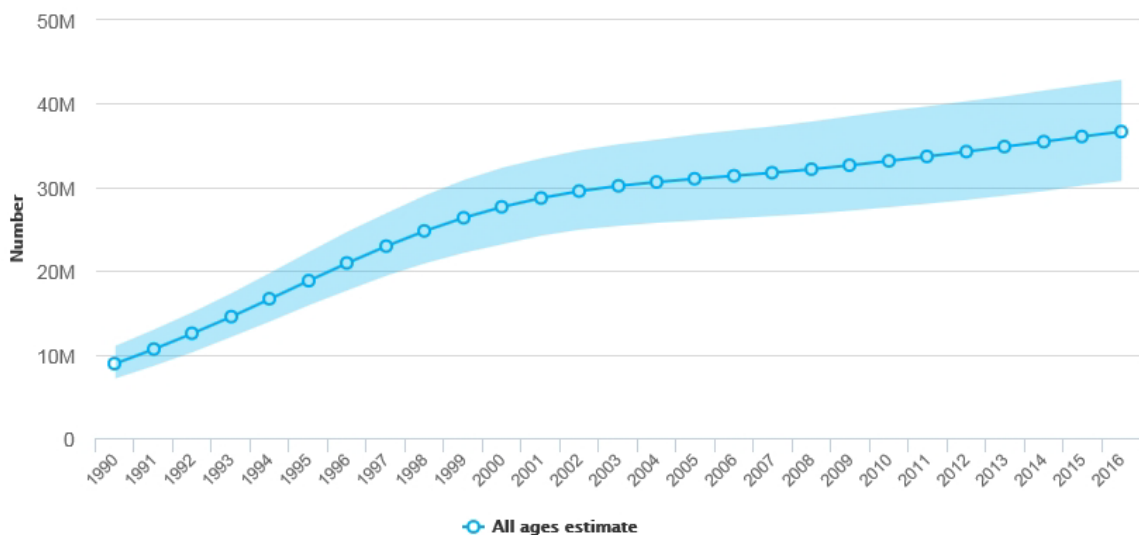
Disponible sur : <http://aidsinfo.unaids.org/>

Annexe 2 : Personnes vivants avec le VIH (tout âge confondu) – par région du monde en 2017



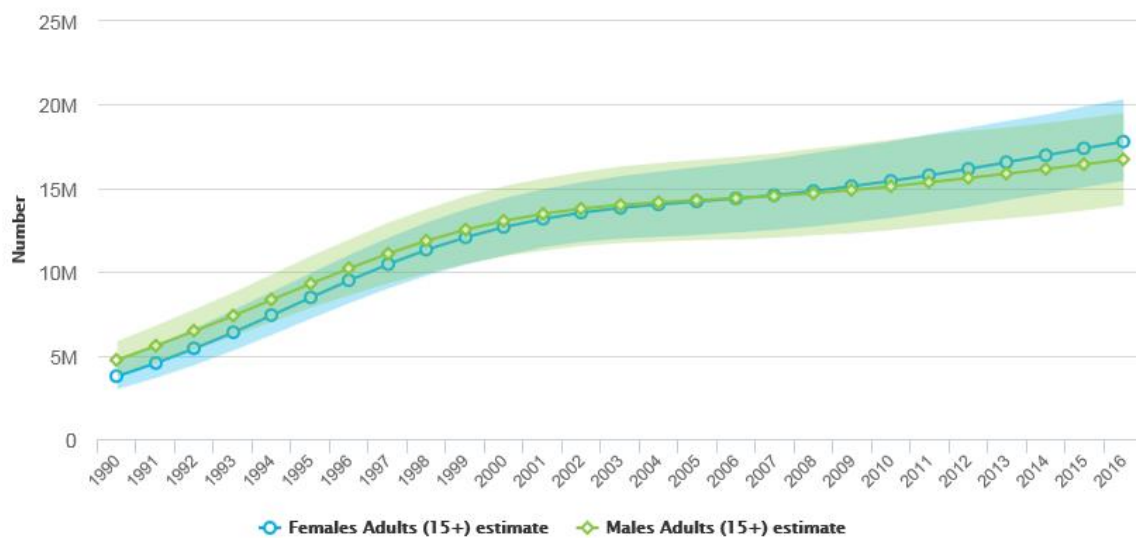
Disponible sur : <http://aidsinfo.unaids.org/>

Annexe 3 : Personnes vivants avec le VIH dans le monde (tout âge confondu)



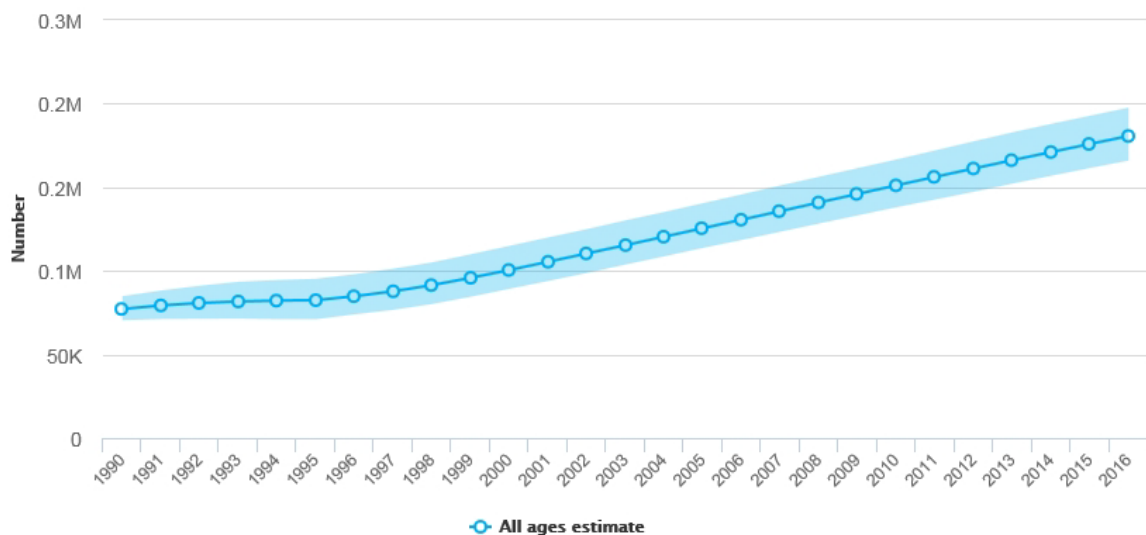
Disponible sur : <http://aidsinfo.unaids.org/>

Annexe 4 : Pourcentage d'adultes (de plus de 15 ans) vivants avec le VIH dans le monde – par sexe



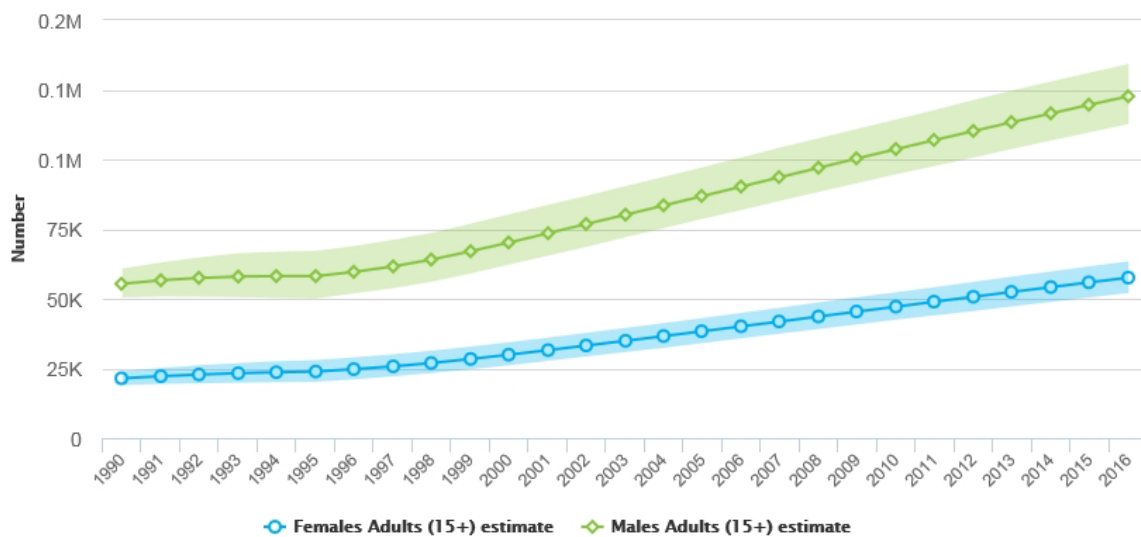
Disponible sur : <http://aidsinfo.unaids.org/>

Annexe 5 : Personnes vivants avec le VIH en France (tout âge confondu)



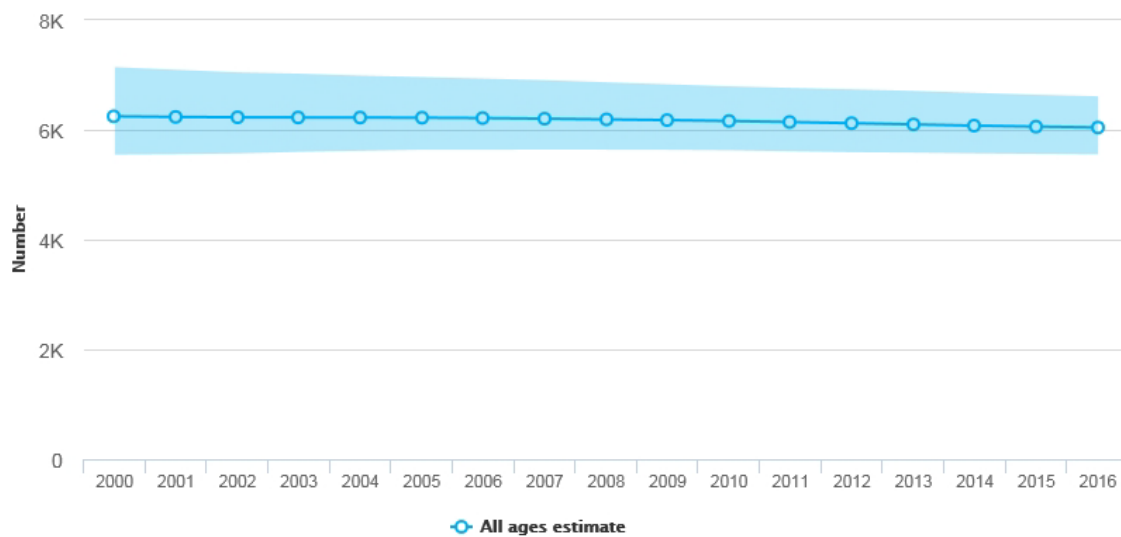
Disponible sur : <http://aidsinfo.unaids.org/>

Annexe 6 : Adultes (de plus de 15 ans) vivants avec le VIH en France – Par sexe



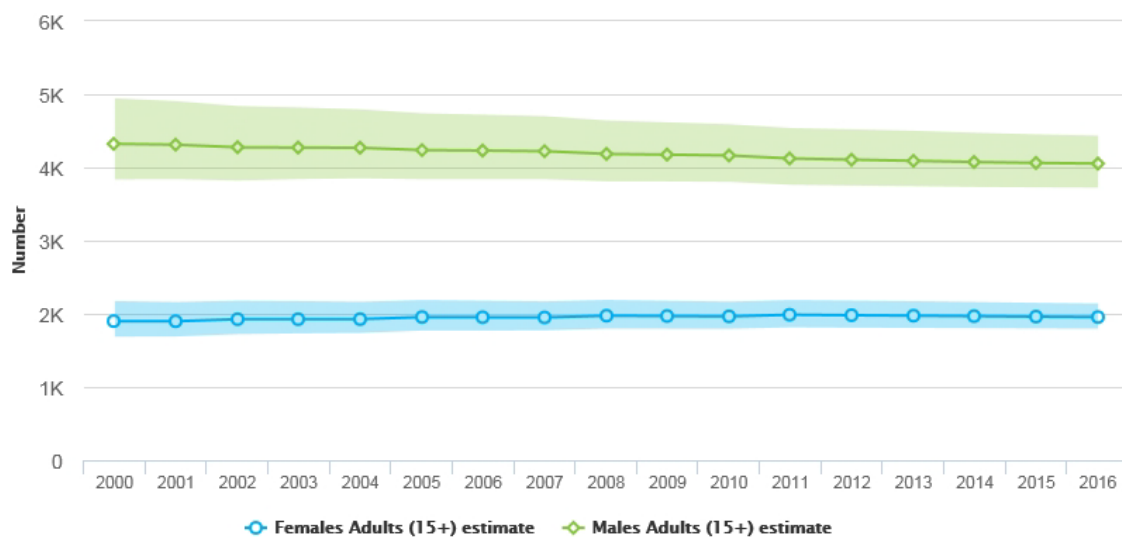
Disponible sur : <http://aidsinfo.unaids.org/>

Annexe 7 : Nouvelles infections au VIH en France (tout âge confondu)



Disponible sur : <http://aidsinfo.unaids.org/>

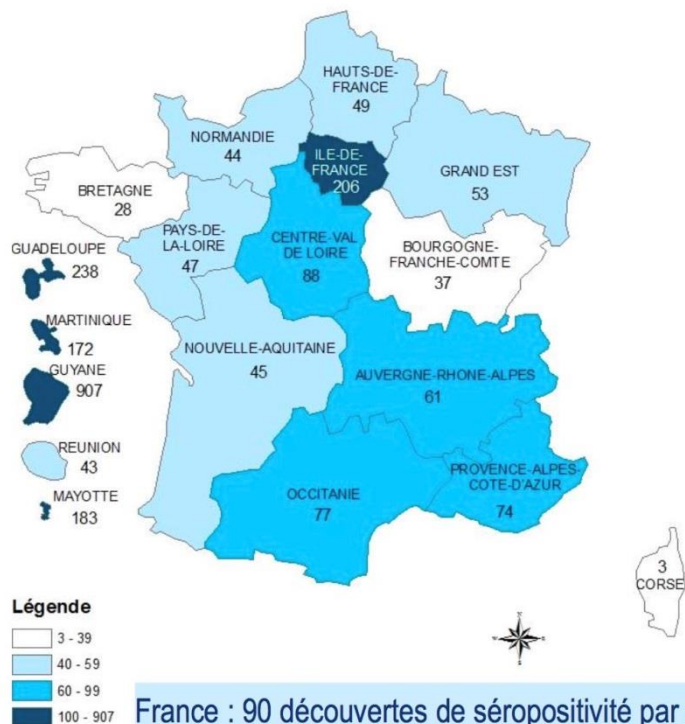
Annexe 8 : Nouvelles infections au VIH chez les adultes (de plus de 15 ans) en France – par sexe



Disponible sur : <http://aidsinfo.unaids.org/>

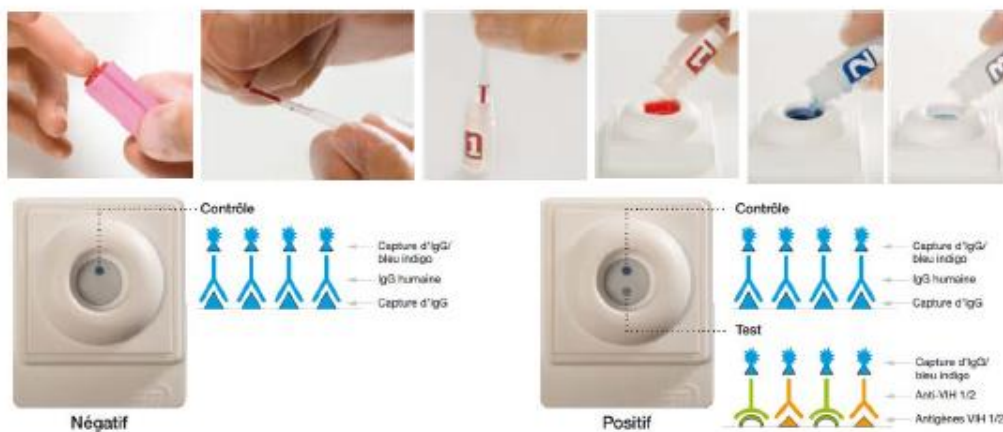
Annexe 9 : Prévalence des nouvelles découvertes de séropositivité au VIH selon les régions en France en 2016

DES TAUX DE DÉCOUVERTES EN 2016 BEAUCOUP PLUS ÉLEVÉS DANS LES DFA ET EN IDF



Source : Santé publique France, DO VIH au 30/06/2017 corrigées pour les délais, la sous déclaration et les valeurs manquantes

Annexe 10 : Méthode de réalisation d'un TROD



Résultat en
moins de 10
minutes

Réalisable en
dehors d'un
laboratoire

Ne détecte pas les
infections récentes
(< 3 mois)














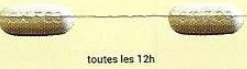










Doit toujours être
confirmé par une
sérologie ELISA

Disponible













sur :

http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/enseignement/seminaires_desc/2015/desc-MIT-2015-virovih-descamps.pdf





Annexe 11 : Tableau récapitulatif des différents antirétroviraux disponibles par classe thérapeutique - Plaquette informative éditée par Actions traitements en 2017

		ASSOCIATIONS DE PLUSIEURS MOLÉCULES				
		4 MOLÉCULES/CP	DOSAGE ET POSOLOGIE ADULTE	PLANIFICATION DES PRISES	RECOMMANDATION DE PRISE	
Comprimés à prise unique quotidienne	TAF+FTC+EVG+COBI	GENVOYA® ténofovir alafénamide + emtricitabine + elvitégravir + cobicistat GILEAD		1 comprimé (10 mg ténofovir alafénamide + 200 mg emtricitabine + 150 mg elvitégravir + 150 mg cobicistat) 1 fois/jour		à prendre au cours d'un repas (400 Kcal)
	TDF+FTC+EVG+COBI	STRIBILD® ténofovir disoproxil + emtricitabine + elvitégravir + cobicistat GILEAD		1 comprimé (300 mg ténofovir disoproxil + 200 mg emtricitabine + 150 mg elvitégravir + 150 mg cobicistat) 1 fois/jour		à prendre au cours d'un repas (400 Kcal)
	EFV+FTC+TDF	ATRIPLA® efavirenz + emtricitabine + ténofovir disoproxil GILEAD & BMS		1 comprimé (600 mg efavirenz + 200 mg emtricitabine + 245 mg ténofovir disoproxil) 1 fois/jour		à prendre à jeun (1h avant ou 2h après un repas), de préférence le soir au coucher
	RPV+FTC+TDF	EVIPLERA® rilpivirine + emtricitabine + ténofovir disoproxil GILEAD & JANSSEN		1 comprimé (25 mg rilpivirine + 200 mg emtricitabine + 245 mg ténofovir disoproxil) 1 fois/jour		à prendre au cours d'un repas complet (min. 500 Kcal)
	RPV+FTC+TAF	ODEFSEY® rilpivirine + emtricitabine + ténofovir alafénamide GILEAD		1 comprimé (25 mg rilpivirine + 200 mg emtricitabine + 25 mg ténofovir alafénamide) 1 fois/jour		à prendre au cours d'un repas complet (min. 500 Kcal)
Combinaison de deux molécules à associer avec un autre ARV	3TC+ABC+DTG	TRIUMEQ® abacavir + lamivudine + dolutégravir VIIV HEALTHCARE		1 comprimé (600 mg abacavir + 300 mg lamivudine + 50mg dolutégravir) 1 fois/jour		à prendre de préférence au cours des repas
	3TC+ZDV	COMBIVIR® lamivudine + zidovudine VIIV HEALTHCARE		1 comprimé (150 mg lamivudine + 300 mg zidovudine) 2 fois/jour	 toutes les 12h	à prendre au cours ou en dehors des repas
	3TC+ZDV	LAMIVUDINE + ZIDOVUDINE générique de Combivir® MYLAN / TEVA / SANDOZ		1 comprimé (150 mg de lamivudine + 300 mg de zidovudine) 2 fois/jour	 toutes les 12h	à prendre au cours ou en dehors des repas
	ABC+3TC	KIVEXA® abacavir + lamivudine VIIV HEALTHCARE		1 comprimé (600 mg abacavir + 300 mg lamivudine) 1 fois/jour		à prendre au cours ou en dehors des repas
	ABC+3TC	ABACAVIR LAMIVUDINE générique de Kivexa® MYLAN		1 comprimé (abacavir 600mg + lamivudine 300mg) 1 fois/jour		à prendre au cours ou en dehors des repas
	FTC+TDF	TRUVADA® emtricitabine + ténofovir disoproxil GILEAD		1 comprimé (200 mg emtricitabine + 245 mg ténofovir disoproxil) 1 fois/jour		à prendre avec un repas (400 Kcal)
	FTC+TDF	EMTRICITABINE + TENOFOVIR DISOPROXIL générique de Truvada® MYLAN		1 comprimé (200 mg emtricitabine + 245 mg ténofovir disoproxil) 1 fois/jour		à prendre avec un repas (400 Kcal)



INHIBITEURS NUCLÉOSIDIQUES DE LA TRANSCRIPTASE INVERSE (INTI)

		DOSAGE ET POSOLOGIE ADULTE	PLANIFICATION DES PRISES	RECOMMANDATION DE PRISE
FTC	EMTRIVA® emtricitabine GILEAD	 1 gélule (200 mg), 1 fois/jour		à prendre au cours ou en dehors d'un repas
TDF	VIREAD® ténofovir disoproxil GILEAD	 1 comprimé (245 mg), 1 fois/jour		à prendre au cours d'un repas (400 Kcal)
TDF	TENOFOVIR DISOPROXIL générique de Viread® MYLAN	 1 comprimé (245 mg), 1 fois/jour		à prendre au cours d'un repas (400 Kcal)
ABC	ZIAGEN® abacavir VIIV HEALTHCARE	 1 comprimé (300 mg), 2 fois/jour ou 2 comprimés (300 mg), 1 fois/jour		à prendre au cours ou en dehors des repas
3TC	EPIVIR® lamivudine VIIV HEALTHCARE	 1 comprimé (150 mg), 2 fois/jour ou 1 comprimé (300 mg), 1 fois/jour		à prendre au cours ou en dehors des repas
3TC	LAMIVUDINE générique de Epivir® MYLAN	 1 comprimé (150 mg), 2 fois/jour ou 1 comprimé (300 mg), 1 fois/jour		à prendre au cours ou en dehors d'un repas



INHIBITEURS DE L'INTEGRASE

RAL	ISENTRESS® raltegravir MSD	 1 comprimé (400 mg), 2 fois/jour		à prendre au cours ou en dehors des repas
DTG	TIVICAY® dolutégravir VIIV HEALTHCARE	 <i>selon le profil viral</i> 1 comprimé (50 mg), 1 fois/jour ou 1 comprimé 2 fois/jour		à prendre de préférence au cours d'un repas à prendre au cours des repas


INHIBITEUR DU RECEPTEUR CCR-5

MVC	CESENTRI® maraviroc VIIV HEALTHCARE	 1 comprimé (150 mg), 2 fois/jour ou 1 comprimé (300 mg), 2 fois/jour ou 2 comprimés (300 mg), 2 fois/jour en fonction des antiviraux associés		à prendre au cours ou en dehors des repas
------------	--	---	--	--













INHIBITEUR DE FUSION

T-20	FUZÉON® enfuvirtide ROCHE	 1 injection sous-cutanée de 90 mg (1mL), 2 fois/jour		bien suivre les recommandations de reconstitution du produit et d'injection
-------------	--	--	---	--



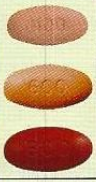
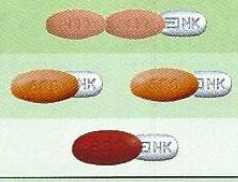


BOOSTER

RTV	NORVIR® ritonavir ABBOTT	 utilisé comme booster de chaque prise d'inhibiteur de protéase, c'est-à-dire pour augmenter la concentration des molécules prises en association	posologie en fonction de l'antiprotéase associé	à prendre au cours d'un repas
------------	---------------------------------------	--	--	----------------------------------

INHIBITEURS NON NUCLÉOSIDIQUES DE LA TRANSCRIPTASE INVERSE (INNTI)

RPV	EDURANT® rilpivirine JANSSEN		1 comprimé (25 mg), 1 fois/jour		à prendre avec un repas complet (min. 500 Kcal)
EVR	INTELENCE® etravirine JANSSEN		2 comprimés (100 mg), 2 fois/jour ou 1 comprimé (200 mg), 2 fois/jour		à prendre avec un repas complet (min. 500 Kcal)
EFV	EFAVIRENZ générique de Sustiva® MYLAN		1 comprimé (600 mg), 1 fois/jour		à prendre à jeun (au moins 1h avant ou 2h après repas), de préférence le soir au coucher
NVP	VIRAMUNE® névirapine BOEHRINGER INGELHEIM		1 comprimé (200 mg), 1 fois/jour les 14 premiers jours puis 1 comprimé (200 mg), 2 fois/jour		à prendre au cours ou en dehors des repas
NVP	NÉVIRAPINE générique de Viramune® MYLAN / SANDOZ		1 comprimé (200 mg), 1 fois/jour les 14 premiers jours puis 1 comprimé (200 mg), 2 fois/jour		à prendre au cours ou en dehors des repas
NVP	VIRAMUNE LP® névirapine BOEHRINGER INGELHEIM		1 comprimé (400 mg), 1 fois/jour en remplacement des comprimés de VIRAMUNE® 200 mg pris 2 fois/jour ou en relais après 14 jours d'une prise unique de VIRAMUNE® 200 mg		à prendre au cours ou en dehors des repas

INHIBITEURS DE LA PROTÉASE (IP)

LPV/RTV	KALETRA® lopinavir ritonavir ABBOTT		2 comprimés (200 mg de lopinavir + 50 mg de ritonavir) 2 fois/jour ou 4 comprimés, 1 fois/jour		à prendre de préférence au cours ou en dehors des repas
DRV	PREZISTA® darunavir JANSSEN		2 comprimés (400 mg), 1 fois/jour boostés avec 100 mg de Norvir® ou 1 comprimé (600 mg), 2 fois/jour boosté avec 100 mg de Norvir® à chaque prise ou 1 comprimé (800 mg), 1 fois/jour boosté avec 100 mg de Norvir®		à prendre au cours des repas
ATV	REYATAZ® atazanavir BMS		1 gélule (300 mg), 1 fois/jour boostée avec 100 mg de Norvir® (ou 2 gélules à 200 mg en fonction du traitement antirétroviral associé)		à prendre au cours des repas (400 Kcal)

Annexe 12 : Questionnaire de l'étude

QUESTIONNAIRE DE MEMOIRE SUR LE DEPISTAGE DU VIH

Mesdames et messieurs les sages-femmes,

Je suis Floriane ANDRE, étudiante sage-femme en 5^{ème} année à Metz. Je réalise mon mémoire de fin d'étude portant sur le VIH et la grossesse. En effet, le taux de transmission mère-enfant a nettement baissé grâce au dépistage non obligatoire du VIH et à la trithérapie. La prévention et le dépistage du VIH en amont ou en début de grossesse sont très importants. Je souhaite réaliser une analyse des connaissances et des pratiques professionnelles des sages-femmes libérales de Moselle dans le cadre du dépistage du VIH.

A cette fin, je vous sollicite afin de répondre à un questionnaire sur le dépistage du VIH, qui est un examen non obligatoire. Ces questionnaires seront totalement anonymisés et détruits après la réalisation du mémoire, ils n'ont pas pour vocation de porter un jugement.

Je vous remercie par avance du temps que vous consacrerez à mon étude, et pour les réponses que vous m'apporterez.

Vos caractéristiques

1) Quel est votre sexe ?	<input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme
2) Quel est votre âge ?	
3) Depuis combien de temps exercez-vous en libéral ?	
4) Combien de temps avez-vous exercé dans d'autres secteurs, précisez lesquels :	
5) En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ?	
6) Avez-vous eu des cours sur le VIH/SIDA pendant vos études ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais plus
Si oui, combien d'heures environ ont duré ces cours (sur le VIH/SIDA) :	
7) Pensez-vous avoir besoin d'une actualisation de vos connaissances sur le VIH/SIDA ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, dans quel(s) domaine(s) plus particulièrement ?	
8) Au cours de votre exercice, avez-vous été sensibilisé au VIH/SIDA par des interventions dans des congrès, des formations (...) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, combien d'heures a duré cette (ces) intervention(s) ?	

Si oui, qui organisait ces interventions ?	
9) Etes-vous satisfait de l'apport théorique de ces formations/interventions ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Pourquoi ?	
10) Comment mettez-vous à jour vos connaissances professionnelles habituellement ?	

Conditions de prescription du dépistage VIH

11) Dans le cadre de la grossesse, vous proposez le test de dépistage VIH :	
<ul style="list-style-type: none"> • Systématiquement ? 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<ul style="list-style-type: none"> • Vous ne le proposez pas ? 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si non, pourquoi ?	
<ul style="list-style-type: none"> • Vous le proposez au cas par cas ? (plusieurs réponses possibles) 	<input type="checkbox"/> S'il n'a jamais été réalisé avant <input type="checkbox"/> Si le conjoint ne connaît pas son statut sérologique <input type="checkbox"/> Si la patiente présente des partenaires multiples ou des pratiques à risque <input type="checkbox"/> Si la patiente ou son conjoint viennent d'une zone d'endémie
<ul style="list-style-type: none"> • Vous le réalisez sur demande de la patiente ? 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - En fonction de quoi ?
Lorsque la patiente refuse ce dépistage, de quelle façon essayez-vous de la convaincre des bienfaits de connaître son statut sérologique ? Quels sont vos arguments ?	

12) Dans le cadre du suivi gynécologique, vous proposez le test de dépistage VIH :	
<ul style="list-style-type: none"> • Systématiquement ? 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<ul style="list-style-type: none"> • Vous ne le proposez pas ? 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si non, pourquoi ?	
<ul style="list-style-type: none"> • Vous le proposez au cas par cas ? (plusieurs réponses possibles) 	<input type="checkbox"/> S'il n'a jamais été réalisé avant <input type="checkbox"/> Si le conjoint ne connaît pas son statut sérologique <input type="checkbox"/> Si la patiente présente des partenaires multiples ou des pratiques à risque <input type="checkbox"/> Si la patiente ou son conjoint viennent d'une zone d'endémie
<ul style="list-style-type: none"> • Vous le réalisez sur demande de la patiente ? 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - En fonction de quoi ?
Lorsque la patiente refuse ce dépistage, de quelle façon essayez-vous de la convaincre des bienfaits de connaître son statut sérologique ? Quels sont vos arguments ?	

Questions sur les risques de transmission mère-enfant

Selon vous, quel est le taux de transmission mère-enfant dans le cadre d'une grossesse dépistée positive au VIH en l'absence de traitement ?

Selon vous, quel est le taux de transmission mère-enfant dans le cadre d'une grossesse positive au VIH et prise en charge ?

Quel est le mode d'accouchement d'une femme séropositive en 2018 ?.....

Quelle est la prise en charge d'un nouveau-né de mère séropositive ?

.....

.....

.....

.....

Questions sur la prise en charge

Pensez-vous que le dépistage du VIH devrait être obligatoire, au même titre que le dépistage de l'hépatite B ? Pourquoi ?

.....

Quelle prise en charge proposez-vous à la patiente dans le cas où le test revient positif au VIH ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Remarques, commentaires que vous souhaitez partager :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....




Merci de votre participation !

Je me propose de vous envoyer mon mémoire soutenu et validé si vous le désirez. Vous pouvez me joindre à l'adresse mail suivant : fleuriane.andre@gmail.com .

Annexe 13 : fiche de présentation de l'unité d'enseignement « journée mondiale de lutte contre le VIH »

Ecole de Sage-Femme de Metz

Année universitaire 2017-2018

		
FICHE UE 2017 - 2018		
UE OPTIONNELLE		
Nom complet de l'UE :		
ACTIONS DE SANTE PUBLIQUE ET DE PROMOTION DE LA SANTE		
Journée mondiale de lutte contre le VIH		
Composante de rattachement : UFR de médecine de Nancy		
Nom du Responsable de l'UE : MERGEN-MOREL Catherine		
Adresse Mail du Responsable de l'UE : c.morel@chr-metz-thionville.fr		
Organisation générale :		Semestre : 1 - Décembre 2017
Volume horaire enseigné :	16H	
Langue d'enseignement de l'UE :	français	Nombre de crédit ECTS : 2
Type d'UE :	transversale	
Nombre de places disponibles :	Minimum : 20	2 ^A : 10
	Maximum : 50	3 ^A : 10
		4 ^A : 15
		5 ^A : 15
Volume horaire		
Enseignement composant l'UE	CM	TD / TP
Formation	4H	
Travail personnel		6H
Animation		6H
Objectifs :		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promouvoir le dépistage et la protection contre le SIDA ▪ Améliorer les connaissances sur HIV/SIDA et grossesse ▪ Informer la population lycéenne et étudiante ▪ S'inscrire dans une démarche de promotion de la santé d'intérêt général: <ul style="list-style-type: none"> - Préparation et animation d'une action de santé publique aux côtés du Collectif Messin de Lutte contre le SIDA sur le campus du Saulcy en partenariat avec le SUMPPS Préparation et animation d'une action de santé publique inscrite dans le Contrat Local de santé de Metz (Fiche Action 12) 		

Annexe 14: convention de partenariat avec le lycée Fabert de Metz, définissant les objectifs de l'intervention de la journée mondiale de lutte contre le VIH



CENTRE HOSPITALIER REGIONAL METZ-THONVILLE
 Institut de Formation en Santé – Ecole de Sage-Femme BAL N°83
 1 Allée du Château – CS 45001 – 57085 METZ Cedex 3
 ☎ : 03 87 55 39 02
 ✉ : sec-ecolessagefemme-mz@chr-metz-thionville.fr



CONVENTION DE PARTENARIAT – ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

<p>La présente convention est conclue entre les parties désignées comme suit :</p> <p>Entre :</p> <p>1/ Madame la Directrice Générale du CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE METZ-THONVILLE, Madame Marie-Odile SAILLARD. Représentée par Mme REICHERT Maïca, Coordinatrice en Maïeutique et Directrice de Formation, par délégation de la Directrice Générale.</p>	<p><u>Période :</u></p> <p>Année Universitaire 2017-2018</p> <p><u>Interventions de Prévention :</u></p>
<p>Et :</p> <p>2/ <u>Le lycée Fabert - Monsieur le Proviseur, SCHNITZLER Dominique – 12 rue Saint Vincent – 57000 METZ</u></p>	

Vu les articles L. 4151-1 et suivants du Code de la santé publique,
 Vu l'arrêté du 19 juillet 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques,
 Vu l'arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'état de sage-femme,
 Vu le décret n°2014-1585 du 23 décembre 2014 portant statut particulier des sages-femmes des hôpitaux de la fonction publique hospitalière,
 Vu le décret n°2016-743 du 2 juin 2016 relatif aux compétences des sages-femmes en matière d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse et en matière de vaccination,

Il est convenu ce qui suit :

Dans le cadre de la Journée Mondiale de Lutte contre le Sida du 1^{er} décembre 2017, des interventions de prévention seront menées auprès des élèves du Lycée Fabert par les étudiants de l'école de sage-femme du CHR de Metz-Thionville, dans le cadre de l'UE Optionnelle « Lutte contre le SIDA ».

Contexte :

Cette action s'inscrit notamment dans le cadre de la circulaire n° 2016-008 du 28-1-2016 sur la mise en place du parcours éducatif santé: "faire acquérir à chaque élève les connaissances, les compétences et la culture lui permettant de prendre en charge sa propre santé de façon autonome et responsable en référence à la mission émancipatrice de l'école ; l'éducation à la santé est l'une des composantes de l'éducation à la citoyenneté "

Considérant la demande du Lycée Fabert qui souhaite poursuivre la coopération entre l'Ecole de Sage-Femme établi en 2014 dans le cadre de la journée mondiale de lutte contre le Sida dans une intervention de promotion de la santé, il est convenu ce qui suit :



CENTRE HOSPITALIER REGIONAL METZ-THIONVILLE
Institut de Formation en Santé – Ecole de Sage-Femme BAL N°83
1 Allée du Château – CS 45001 – 57085 METZ Cedex 3
☎ : 03 87 55 39 02
✉ : sec-ecolesagefemme-mz@chr-metz-thionville.fr



Article 1 : Objet de la convention

La présente convention a pour objet de fixer les modalités d'organisation de l'intervention des étudiants sage-femme au sein du Lycée Fabert lors de la Journée Mondiale de Lutte contre le Sida qui reposera sur les stratégies d'intervention de Promotion de la santé (OMS- Charte d'Ottawa 1986) suivantes :

- Renforcer l'action communautaire
- Acquérir des aptitudes individuelles
- Réorienter les services de santé

Article 2 : Objectifs de l'intervention

Les interventions de l'Ecole de Sage-Femme ont pour mission d'instruire, d'éduquer et de développer chez les élèves des comportements responsables. Elles ont en particulier un rôle spécifique, complémentaire de celui des familles, dans la construction individuelle et sociale des enfants et des adolescents et dans la préparation à leur future vie d'adultes. L'épidémie de sida et la multiplication des IST au sein de la population demeurent un enjeu majeur de santé individuelle et publique. L'information des jeunes sur la prévention, le dépistage anonyme et gratuit dans les systèmes de soins et sur l'intérêt de leur dépistage précoce, reste primordiale. Ces séances en lien avec la prévention-SIDA/VIH vont permettre au lycéen d'avoir un choix éclairé en matière de sexualité et de prévention contre les IST et le VIH, d'avoir une prise de conscience et une responsabilisation, individuelle et collective, de répondre à leurs questions

Article 3 : Plan d'action/ Elaboration/ Mise en œuvre :

Un travail de préparation de cette journée du 1^{er} décembre est établi au préalable :

- Entre la sage-femme enseignante référente de l'UE Optionnelle « Lutte contre le Sida » et les infirmières scolaires du Lycée Fabert de Metz.
- Entre la sage-femme enseignante référente de l'UE Optionnelle « Lutte contre le Sida » et les étudiants volontaires des 4 années de l'Ecole de Sage-femme.

Les étudiants sage-femme interviendront au sein du lycée et animeront des séances de prévention auprès de lycéens sous la forme de débat interactif.

Ils interviendront sur les thématiques suivantes :

- Les situations à risque
- Défaire les clichés et les représentations sur les situations à risques
- La protection, la contraception
- Le dépistage, son intérêt et les lieux de dépistage
- VIH/IST

Mise en œuvre :

- 2 étudiants sage-femme pour une demi-classe de 1^{er} soit 16 élèves maximum, selon les techniques d'animation de groupe interviendront dans les locaux du lycée
- L'amplitude horaire est de 9h à 17h par séance de 1 heure
- Des flyers et des préservatifs seront commandés en prévision de cette journée auprès du Collectif messin de lutte contre le Sida.

Objectifs :

- Améliorer les connaissances des lycéens en matière de prévention-SIDA
- Lever les clichés et les représentations en matière de SIDA



CENTRE HOSPITALIER REGIONAL METZ-THONVILLE
Institut de Formation en Santé – Ecole de Sage-Femme BAL N°83
1 Allée du Château – CS 45001 – 57085 METZ Cedex 3
☎ : 03 87 55 39 02
✉ : sec-ecolesagefemme-mz@chr-metz-thionville.fr



- Les sensibiliser et les responsabiliser au respect de leur corps et de leur personne
- Leur offrir des outils d'information les plus récents, facilité par la proximité d'âge des intervenants (étudiants sages femmes)

Article 4 : Evaluation :

L'évaluation sera traitée à posteriori par les infirmières scolaires sous la forme d'un questionnaire anonyme et rapide post-intervention : 5 questions au maximum, du type êtes-vous satisfaits de l'intervention, la préconiserez-vous à d'autres élèves, avez-vous appris des choses, reste-t-il des questions sans réponse après l'intervention ? Ces questionnaires seront distribués et ramassés en fin d'intervention par les étudiants sage-femme qui les remettront aux infirmières scolaires.

Article 5 : Responsabilité Civile

Pendant la durée des interventions, les étudiant(e)s sages-femmes sont couvert(e)s par l'assurance responsabilité civile du CHR de Metz-Thionville.

Article 6 : Durée de la convention

La présente convention est conduite pour l'année scolaire 2017/2018 et à partir du 4 septembre 2017. Elle est renouvelable par tacite reconduction dans la limite de 3 ans et peut être résiliée par chacune des parties avant le 30 juin par lettre recommandée avec accusé de réception

Fait à Metz, le 10 novembre 2017

(en 2 exemplaires)

Pour la Directrice Générale et par délégation
Madame REICHERT,

Directrice de l'Ecole de Sage-Femme de Metz

Le Lycée Fabert
Monsieur SCHNITZLER,




Proviseur



Annexe 15 : fiche de présentation de l'unité d'enseignement « information et prévention en milieu scolaire »

Ecole de Sage-Femme de Metz

Année universitaire 2017-2018

					
FICHE UE 2017 - 2018					
UE OPTIONNELLE					
Nom complet de l'UE : ACTIONS DE SANTE PUBLIQUE ET DE PROMOTION DE LA SANTE					
Information et prévention en milieu scolaire					
Composante de rattachement : UFR de médecine de Nancy					
Nom du Responsable de l'UE : MERGEN-MOREL Catherine					
Adresse Mail du Responsable de l'UE : c.morel@chr-metz-thionville.fr					
Organisation générale :				Semestre : 1 et 2	
Volume horaire enseigné :		16H			
Langue d'enseignement de l'UE :		français		Nombre de crédit ECTS : 2	
Type d'UE : transversale					
Nombre de places		Minimum : 15		2 ^A : 5	
		Maximum : 25		4 ^A : 0	
				3 ^A : 10	
				5 ^A : 10	
Volume horaire					
Enseignement composant l'UE		CM		TD / TP	
Travail préparatoire				6H	
Séance de regroupement				2x2H	
Animation séance				3x2H	
Objectifs :					
Connaître les principes de base en matière de santé génésique, sexuelle et de vie affective					
Connaître les méthodes d'animation					
Adapter le contenu pédagogique et la conduite d'animation en fonction du public					

Analyse des pratiques professionnelles sur le dépistage du VIH par les sages-femmes libérales de Moselle en 2018

Résumé de l'article

Introduction - En France, 58.000 femmes ont contracté le VIH et 25.000 personnes ignorent leur statut. Chaque année, un tiers des nouvelles infections sont recensées chez les femmes. Ce virus est transmissible par voie mère-enfant. L'objectif général était de faire un état des lieux des connaissances sur le VIH et des pratiques professionnelles en matière de dépistage du VIH chez les femmes, lors du suivi de santé génésique, par les sages-femmes libérales de Moselle en 2018.

Méthodologie - Nous avons réalisé une étude épidémiologique, observationnelle, descriptive, transversale et multicentrique à visée diagnostique. Les informations ont été recueillies par des questionnaires semi-quantitatifs envoyés aux sages-femmes libérales de Moselle, dont 79 ont été retenus, du 21 février au 29 avril 2018. Le critère de jugement principal était le nombre de sages-femmes libérales de Moselle dépistant systématiquement leurs patientes pour le VIH lors du suivi génésique.

Résultats - Nous avons reçu 25 réponses. L'étude a montré que 17,39% des sages-femmes dépistaient systématiquement leurs patientes lors du suivi génésique (96% pendant la grossesse et 21,74% pendant le suivi gynécologique). 80% d'entre elles pensent que rendre le dépistage du VIH obligatoire pendant la grossesse serait une bonne chose.

Conclusion - Globalement le taux de dépistage des femmes enceintes suivies par des sages-femmes libérales en Moselle en 2018 est élevé, 56% des sages-femmes notifient même qu'elles n'ont jamais eu de refus de la part de leurs patientes. Par contre il est très peu proposé lors du suivi gynécologique.

Mots clés : VIH, dépistage, sages-femmes libérales, suivi génésique, pratiques professionnelles

Abstract

Background – In France in 2016, 58,000 women have contracted HIV and 25,000 people are unaware of their status. Every year, one-third of new infections affect women. This virus is transmissible from mother to-child. The general objective was to make an inventory of knowledge on HIV and professional practices in HIV testing for women, during reproductive health monitoring, by the self-employed midwives of Moselle in 2018.

Methods – We carried out an epidemiological, observational, descriptive, transversal and multicentric study for diagnostic purposes. The information was collected by semi-quantitative questionnaires sent to self-employed midwives from Moselle, of which 79 were retained, from February to April 2018. The main criterion of judgment was the number of self-employed midwives from Moselle systematically testing their patients for HIV during reproductive care.

Results – We received 25 responses. The study showed that 17,39% of midwives routinely screened their patients during reproductive care (96% during pregnancy and 21,74% during gynecological follow-up care). 80% of them think that making HIV screening mandatory during pregnancy would be a good thing.

Conclusion – Globally, the rate of screening of pregnant women followed by self-employed midwives in Moselle in 2018 is high, 56% of midwives even report that they have never had a refusal from their patients. On the other hand, there is little proposed during gynecological follow-up.

Keyword : HIV, screening, self-employed midwives, reproductive care, professional practices