

SEROCO

Grossesse et contraception au sein de la cohorte française de femmes infectées par le VIH

Laurent Toulemon

Institut national d'études démographiques (Paris)

**Pregnancy
and
contraception
in a French
cohort of HIV-
infected
women**

De Vincenzi
I., Jadand C.,
Couturier E.,
Brunet J.-B.,
Gallais H.,
Gastaut J.-A.,
Goujard C.,
Deveau C.,
Meyer L. and
the SEROCO
study group
AIDS, 1997,
11, 3, 333-338

**Cette étude de l'impact du diagnostic de séropositivité sur les
comportements de fécondité (naissances, avortements et
diverses grossesses menées à terme ou non) à partir de la
cohorte SEROCO apporte des informations importantes sur le
comportement des femmes se sachant séropositives, et permet**

d'estimer la prévalence de la séropositivité parmi l'ensemble des femmes.

On compte en France 0,2% de femmes séropositives parmi les femmes enceintes au sein de la région parisienne ou de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Comme l'immense majorité des femmes enceintes subissent un test de séropositivité à VIH, il y a là une source d'information extrêmement précieuse. Parmi les femmes ayant recours à une interruption volontaire de grossesse, la prévalence est estimée à 1,2%. L'estimation de la prévalence parmi l'ensemble des femmes "d'âge fécond" à partir de la proportion de femmes séropositives parmi les femmes enceintes dépend de la fécondité relative des femmes séropositives et séronégatives. Pour mesurer la fécondité relative des femmes séropositives, les auteurs estiment l'impact du diagnostic de séropositivité sur les comportements de fécondité (naissances, avortements et autres grossesses) à partir de la cohorte SEROCO. Les changements de comportements sexuels et de pratique de contraception sont également observés.

La cohorte SEROCO consiste en 1450 adultes, dont 412 femmes volontaires, recrutées entre janvier 1988 et avril 1993 dans 17 centres hospitaliers des régions Ile-de-France et PACA, ainsi qu'auprès d'un réseau de médecins parisiens.

Les critères de recrutement sont soit une ancienneté du diagnostic de séropositivité de moins de douze mois, soit une date de contamination connue. Après un premier entretien rétrospectif lors du recrutement, chaque membre de la cohorte est suivi tous les six mois, le questionnaire incluant des questions sur les comportements sexuels, la contraception, et les grossesses survenues au cours des six mois précédant chaque entretien.

La connaissance par les femmes de leur séropositivité est associée à une forte baisse de la probabilité de conception, accompagnée d'une hausse du recours à l'avortement en cas de grossesse : le taux de conception annuel après le diagnostic s'élève à 8 grossesses pour 100 femmes-années, à comparer à 20% lors de l'année qui précède le diagnostic ; la proportion de grossesses menées à terme passe de 71% à 29% (13% parmi les grossesses ayant débuté dans les dix semaines précédant le diagnostic, pour lesquelles le diagnostic a eu lieu

lors d'un premier examen de grossesse, et qui rentrent dans la durée légale pour un recours à une interruption volontaire de grossesse).

La proportion de femmes déclarant n'avoir eu aucun rapport sexuel dans les six derniers mois passe de 5% avant la diagnostic à 20% six mois après.

Restent 80% de femmes se sachant séropositives qui ont une activité sexuelle. Parmi elles, 49 (61%) utilisent systématiquement des préservatifs (dont 7 prennent la pilule), et 17 (21%) ne prennent aucune précaution.

Cet article est très riche, et apporte des informations uniques sur le comportement des femmes se sachant séropositives. La discussion fait référence aux travaux majeurs sur le sujet, et montre bien la spécificité de la France, par comparaison avec les populations new-yorkaises et surtout africaines, pour lesquelles la séropositivité ne semble pas s'accompagner d'un changement important de comportement.

Le fait d'utiliser les individus comme leur propres témoins (en comparant le comportement avant et après la connaissance de la séropositivité) est parfaitement justifié, du fait de l'extrême difficulté de trouver un groupe "témoin". Les auteurs auraient pu présenter également des résultats standardisés selon l'âge, puisque les femmes sont nécessairement plus âgées après le diagnostic qu'avant. Cependant, comme la probabilité de conception augmente jusqu'à 26 ans et décroît ensuite, leurs résultats n'en auraient guère été modifiés.

Les comportements de fécondité de la cohorte avant la connaissance de la séropositivité sont très proches de ceux de la population générale. Le taux annuel de conception de 20% (avec un intervalle de confiance de 16,3 à 25,2) est identique au taux de conception de la population générale âgée de 25 à 29 ans en 1990 (18%, dont 14% de naissances, 2% d'avortements et 2% de fausses couches spontanées). Cette comparaison est d'autant plus utile que le taux de conception calculé pour l'année qui précède le dépistage de la séropositivité souffre peut-être d'un biais de recrutement, puisque la grossesse est, pour les femmes, une occasion de subir un test de dépistage. On aurait souhaité une information sur les comportements de contraception avant le diagnostic

(bien qu'une information rétrospective puisse être peu fiable). En 1988, par exemple, 31% des femmes âgées de 25 à 29 ans n'utilisaient aucune contraception, 41% prenaient la pilule et 4% des préservatifs. Le fait que 49% des femmes se sachant séropositives (61% des femmes sexuellement actives) aient recours aux préservatifs montre l'importance du changement de comportement après le diagnostic.

L'augmentation de la propension à avoir une fausse couche ou une grossesse extra-utérine après le diagnostic s'explique, pour les auteurs, par la moins bonne qualité des données concernant la période précédant le diagnostic (biais de collecte pour l'information rétrospective). On pourrait également évoquer un éventuel effet des traitements médicaux.

Malheureusement, on ne dispose d'aucune information sur les partenaires de ces femmes : vivent-elles en couple stable ? les partenaires sont-ils, eux aussi, séropositifs ? les femmes les ont-elles informés de leur statut sérologique ? Une information sur les partenaires des femmes de la cohorte aurait sûrement permis d'affiner l'analyse des comportements de fécondité.

Un résultat remarquable concerne la stabilité, au cours du temps, des taux de fécondité des femmes se sachant séropositives. La discussion aborde très bien l'évolution de la mesure du risque de transmission verticale du virus, d'abord estimé à 50%, puis à 30%, 15%, ainsi que la baisse (postérieure à l'enquête) du risque (8%) grâce à l'utilisation de l'AZT durant les derniers mois de la grossesse et juste après la naissance. Le lecteur aimerait savoir si une "pratique médicale" se dégage de l'expérience des femmes de cette cohorte : quels sont les avis que recueillent auprès du corps médical les femmes séropositives qui souhaitent avoir un enfant, concernant le risque de transmission au conjoint, le risque supposé (mais non démontré) d'accélération avec la grossesse du processus conduisant à la maladie, le risque de décès de la mère durant le début de la vie de leur enfant ?

Enfin, les auteurs insistent, en introduction comme en conclusion, sur l'utilité de leur étude pour estimer la prévalence de la séropositivité parmi l'ensemble des femmes. Probablement par prudence excessive, ils ne poussent

pourtant pas leur raisonnement jusqu'à sa conclusion. Deux hypothèses extrêmes peuvent être faites. La première consiste à supposer que la connaissance de la séropositivité ne modifie pas le comportement de fécondité des femmes. Sous cette hypothèse, la proportion de femmes séropositives parmi les parturientes estime sans biais la prévalence dans la population des femmes "en âge d'avoir des enfants", cette population correspondant aux femmes vivant en France, l'effectif de chaque âge étant pondéré par le taux de conception ; on peut assimiler cette population à l'ensemble des femmes âgées de 18 à 37 ans, pour lesquelles le taux de conception est supérieur à 5% par an, avec un mode à 26 ans. Cette hypothèse est probablement valable dans beaucoup de populations d'Afrique.

En France, le fait que la proportion de femmes séropositives soit six fois plus élevée parmi les femmes ayant recours à l'avortement que parmi les femmes ayant un enfant vient contredire cette hypothèse.

Poursuivons donc le raisonnement des auteurs pour construire une estimation fondée sur une deuxième hypothèse, et utilisons leur estimation selon laquelle la connaissance de la séropositivité conduit les femmes à diminuer leur taux de fécondité de 72% (risque relatif $r = 0,28$) et à augmenter leur taux d'avortement de 71% (risque relatif de 1,71). La proportion de femmes séropositives p parmi les femmes "en âge d'avoir des enfants" se déduit alors de la proportion de parturientes séropositives q par la relation $p = q / (r (1 + q))$, qui peut être approximé, si q est faible, par $p = q / r$, soit ici $p = 0,2\% / 0,28 = 0,7\%$. Le même raisonnement à partir des avortements conduit à l'estimation $p = 1,2\% / 1,71 = 0,7\%$. Ces deux estimations indépendantes sont concordantes, et conduisent à une nouvelle estimation de la prévalence de la séropositivité parmi les femmes vivant en région parisienne ou PACA, et "en âge d'avoir des enfants", de 0,7%. – Laurent Toulemon