

MINISTRE DE LA SANTE

-----  
SECRETARIAT GENERAL

-----  
DIRECTION GENERALE  
DE LA SANTE

-----  
DIRECTION DE LA SANTE  
DE LA FAMILLE



BURKINA FASO

Unité – Progrès – Justice

Directives nationales pour la mise  
en œuvre du programme national  
de prévention de la transmission  
mère enfant du VIH

Novembre 2006

## SOMMAIRE

A°) INTRODUCTION.....	6
B°) COMPOSANTES DE LA PTME.....	7
C°) PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH DES MERES INFECTEES A LEURS NOURRISSONS (COMPOSANTE III).....	9
<b>I CONSEIL POUR LE DEPISTAGE SEROLOGIQUE VOLONTAIRE DU VIH EN MATIERE DE PTME.....</b>	<b>9</b>
1. CONDUITE DU COUNSELING DE GROUPE.....	9
2. OFFRE SYSTEMATIQUE DU DEPISTAGE.....	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
3. CONDUITE DU COUNSELING PERSONNALISE.....	10
<b>II DEPISTAGE SEROLOGIQUE DU VIH.....</b>	<b>15</b>
1. DEPISTAGE SEROLOGIQUE CHEZ UNE FEMME ENCEINTE VUE EN CPN.....	15
2. DEPISTAGE SEROLOGIQUE CHEZ UN ENFANT NE DE MERE INFECTEE PAR LE VIH.....	16
<b>III. LES SOINS OBSTETRICAUX CHEZ UNE FEMME ENCEINTE INFECTEE PAR LE VIH.....</b>	<b>18</b>
1. CONDUITE DE LA CPN CHEZ UNE FEMME INFECTEE PAR LE VIH.....	18
2. CONDUITE DE L'ACCOUCHEMENT D'UNE FEMME INFECTEE PAR LE VIH.....	20
3. PRISE EN CHARGE DE L'URGENCE OBSTETRICALE CHEZ UNE FEMME INFECTEE PAR LE VIH....	22
4. SOINS DU POST-PARTUM D'UNE FEMME INFECTEE PAR LE VIH.....	23
5. PROTOCOLE DE PREVENTION DE TME/VIH.....	24
6. CONDUITE A TENIR DEVANT UNE DEMANDE D'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE PAR UNE FEMME ENCEINTE INFECTEE PAR LE VIH.....	25
<b>IV. SOINS NEONATALS D'UN NOUVEAU-NE NE DE MERE INFECTEE PAR LE VIH.....</b>	<b>25</b>
1. SOINS DANS LES SUITES IMMEDIATES DE LA NAISSANCE.....	25
2. VACCINATION DU NOUVEAU-NE (ET DE L'ENFANT) NE DE MERE INFECTEE PAR LE VIH.....	25
<b>V. ALIMENTATION DE LA FEMME INFECTEE PAR LE VIH ET DE L'ENFANT NE DE MERE INFECTEE.....</b>	<b>26</b>
1. ALIMENTATION DE LA FEMME.....	26
2. ALIMENTATION DU NOUVEAU-NE NE DE MERE INFECTEE.....	26
<b>VI. PLANIFICATION FAMILIALE CHEZ UNE FEMME INFECTEE PAR LE VIH.....</b>	<b>28</b>
1. METHODES CONTRACEPTIVES UTILISABLES PAR LA FEMME INFECTEE PAR LE VIH.....	28
2. CONDUITE A TENIR DEVANT UN COUPLE DESIRANT UNE GROSSESSE.....	28
<b>VII. PRISE EN CHARGE MEDICALE.....</b>	<b>29</b>
1. PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS OPPORTUNISTES.....	29
2. TRAITEMENT PAR LES ARV DE LA FEMME ENCEINTE INFECTEE PAR LE VIH.....	32
3. TRAITEMENT PAR LES ARV DE L'ENFANT.....	33
<b>VIII. SOINS INFIRMIERS.....</b>	<b>34</b>
1. SOINS INFIRMIERS D'UNE FEMME ENCEINTE INFECTEE PAR LE VIH.....	34
2. SOINS INFIRMIERS AU NOUVEAU-NE DE MERE INFECTEE PAR LE VIH.....	35
<b>XI. REFERENCE ET CONTRE REFERENCE.....</b>	<b>36</b>
1 REFERENCE D'UNE FEMME ENCEINTE INFECTEE PAR LE VIH.....	36
2. REFERENCE D'UN ENFANT NE DE MERE INFECTEE PAR LE VIH.....	36
3 CONTRE REFERENCE.....	37
<b>X. PAQUET D'ACTIVITES DU MONDE COMMUNAUTAIRE.....</b>	<b>38</b>
1 ACTEURS POTENTIELS.....	38

2. IEC/CCC .....	38
3. ACTIVITES DE SUIVI ET DE SOUTIEN .....	38
<b>XI. PAQUET D'ACTIVITES EN MATIERE DE COMMUNICATION.....</b>	<b>40</b>
1. LES ACTEURS POTENCIELS .....	40
2. DOMAINES D'INTERVENTION : .....	40
3 CANAUX DE COMMUNICATION : .....	40
4) ACTIVITES .....	40
<b>D°) CONCLUSION .....</b>	<b>41</b>

## LISTE DES ACRONYMES ET SIGLES

<b>AMIU</b>	Aspiration Manuelle Intra Utérine
<b>ARV</b>	Anti-rétroviraux
<b>AZT</b>	Zidovudine
<b>BCG</b>	Bacille de Calmette et Guérin
<b>CCC</b>	Communication pour le Changement de Comportement
<b>CD4</b>	Lymphocyte T4
<b>CDV</b>	Conseil/ Dépistage Volontaire
<b>CHR</b>	Centre Hospitalier Régional
<b>CHU</b>	Centre Hospitalier Universitaire
<b>CMA</b>	Centre Médical avec Antenne Chirurgicale
<b>CMLS</b>	Comité Ministériel de Lutte contre le SIDA
<b>CPN</b>	Consultation Périnatale
<b>CSPS</b>	Centre de Santé et de Promotion Sociale
<b>DIU</b>	Dispositif Intra Utérin
<b>DSF</b>	Direction de la Santé de la Famille
<b>ECBU</b>	Examen Cytobactériologique des urines
<b>FS</b>	Formation Sanitaire
<b>IEC</b>	Information Education Communication
<b>IO</b>	Infection Opportuniste
<b>IST</b>	Infection Sexuellement Transmissible
<b>KOP</b>	Kystes Oeufs Parasites
<b>NNE</b>	Nouveau Né
<b>NVP</b>	Névirapine
<b>OMS</b>	Organisation Mondial de la Santé
<b>ONG</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>PCIME</b>	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
<b>PCR</b>	Polymerase Chain Reaction
<b>PEC</b>	Prise En Charge
<b>PECM</b>	Prise En Charge Médicale
<b>PF</b>	Planning Familial
<b>PIC</b>	Plan Intégré de Communication
<b>PMA</b>	Paquet Minimum d'Activités
<b>PTME/VIH</b>	Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH
<b>PVVIH</b>	Personne Vivant avec le VIH
<b>SIDA</b>	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
<b>SLM</b>	Substitut du Lait Maternel
<b>SMI</b>	Santé Maternelle et Infantile
<b>SP</b>	Sulfadoxine Piryméthamine
<b>SR</b>	Santé de la Reproduction
<b>TB</b>	Tuberculose
<b>TPHA</b>	Trepanum pallidum Human antigen

**UNICEF**  
**VDRL**  
**VIH**  
**3TC**

Fonds des Nations Unies pour l'Enfance  
**Veneral Deseases** **recherch laboratory**  
Virus de l'Immunodéficience Humaine  
Lamivudine

## A°) INTRODUCTION.

A l'instar des autres pays touchés par la pandémie du VIH/SIDA, le Burkina Faso a élaboré et mis en œuvre un premier programme de prévention de la transmission mère enfant du VIH couvrant la période 2001-2005. Afin de permettre l'opérationnalisation de ce programme, des directives nationales avaient été formulées et mises à la disposition de tous les acteurs intervenant dans le domaine.

Cinq ans après, au regard des avancées scientifiques dans le domaine de la PTME et des innovations intervenues dans le second programme 2006-2010, il est apparu nécessaire d'opérer une révision des directives nationales pour les adapter au contexte actuel.

L'élaboration des présentes directives s'est faite de façon participative. Elle a impliqué tous les acteurs intervenant dans la lutte contre le VIH/SIDA et particulièrement dans la PTME avec l'appui technique de l'OMS et de L'UNICEF.

Pour une approche holistique, ce document présente les principales interventions sur les cinq composantes de la PTME au Burkina. Pour atteindre le but fixé qui est l'élimination de l'infection à VIH chez les nourrissons et les jeunes enfants, préparant la voie vers la réalisation d'une génération sans VIH et sans SIDA, ces interventions devraient être menées de façon intégrée à tous les niveaux du système sanitaire. Au regard de la contribution du monde communautaire au premier programme dans certains districts, et de l'impact des activités de communication sur l'amélioration des indicateurs du programme PTME dans d'autres districts, il a été également formulé un paquet d'activités communautaires et d'activités communicationnelles en appui au programme PTME.

## B°) COMPOSANTES/STRATEGIES GLOBALES DE LA PTME/VIH

La PTME/VIH comporte cinq (5) composantes qui sont : (i) la prévention primaire de l'infection à VIH, (ii) la prévention des grossesses non désirées surtout chez les femmes séropositives, (iii) la prévention de la transmission du VIH par des mères infectées à leurs nourrissons, (iv) les conseils et le soutien en alimentation à moindre risque pour la mère et l'enfant et (v) les soins aux femmes, à leurs bébés, à leurs conjoints et à leurs familles.

Pour chaque composante, les interventions suivantes devront être mises en œuvre.

### **COMPOSANTE I : « La prévention primaire de l'infection à VIH chez les femmes en âge de procréer, les adolescent(e)s les jeunes ».**

- ◆ IEC/CCC en matière de santé,
- ◆ Conseil dépistage VIH avec possibilité de refaire régulièrement le test de dépistage,
- ◆ Conseling dépistage VIH du couple,
- ◆ Promotion des pratiques sexuelles à moindre risque, y compris la double protection,
- ◆ Consultations prénuptiale et préconceptionnelle.

### **COMPOSANTE II : « La prévention des grossesses non désirées chez les femmes infectées par le VIH ».**

- ◆ Conseils et services de planning familial sur leur santé de la reproduction.
- ◆ Conseil/dépistage dans les services de planning familial et de SR.
- ◆ Pratiques sexuelles à moindre risque, y compris la double protection (utilisation de préservatifs masculin ou féminin avec ou sans une autre méthode contraceptive).

### **COMPOSANTE III : « La prévention de la transmission du VIH par les mères infectées à leurs nourrissons ».** (cf. chapitre C)

- ◆ utilisation d'ARV pour réduire la TME,
- ◆ pratique d'accouchements à moindre risque,
- ◆ Soins et prise en charge selon une approche familiale,
- ◆ conseil et dépistage du VIH : ils jouent un rôle majeur dans la mesure où une femme infectée qui est informée à temps de sa séropositivité peut tirer profit de ce paquet d'interventions.

**IV) COMPOSANTE IV : « *Conseils et soutien en alimentation à moindre risque pour la mère et l'enfant* ».**

- ◆ conseils et soutien en matière d'alimentation du nourrisson pour la réduction de la transmission du VIH par le lait maternel.

conseil et soutien pour une alimentation équilibrée de la mère infectée.

**V) COMPOSANTE V : « *Traitement approprié, soins et soutien aux mères infectées, leurs enfants, leurs conjoints et leurs familles* ».**

- ◆ prévention et traitement des infections opportunistes,
- ◆ traitements antirétroviraux (trithérapie),
- ◆ soutien psychosocial et nutritionnel,
- ◆ soins de santé génésique y compris la PF.

C°) PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH DES MERES INFECTEES A LEURS NOURRISSONS (COMPOSANTE III).

## **I CONSEIL POUR LE DEPISTAGE SEROLOGIQUE VOLONTAIRE DU VIH EN MATIERE DE PTME/VIH**

### **1. SESSIONS DE CONSEIL PRE TEST**

#### **1.1 CONDUITE DU COUNSELING DE GROUPE**

**Lieu** : dans les formations sanitaires au cours des CPN, PF, PEV, CNS, Post natale,

**Cible** : femmes enceintes et leurs partenaires, femmes dans le post-partum, Adolescent (es,) jeunes

**Profil** : agent formé en counseling

**Contenu** :

- ◆ Donner les informations sur les pathologies liées à la grossesse en mettant l'accent sur le VIH/SIDA. (Insister sur l'interaction entre paludisme, anémie, IST et la transmission du VIH de la mère à l'enfant) ;
- ◆ Donner les informations sur les modes de transmission du VIH, en mettant l'accent sur la transmission du VIH de la mère à l'enfant ;
- ◆ Expliquer le processus de dépistage du VIH et les moyens de prévention de l'infection par le VIH ;
- ◆ Donner les informations sur les possibilités de réduction du risque de transmission mère enfant du VIH ;
- ◆ Donner les informations sur les possibilités d'offre de services dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA en général et de la PTME-VIH en particulier ;
- ◆ Insister sur les avantages du dépistage précoce du VIH ;
- ◆ Mettre l'accent sur la discrétion et la confidentialité ;
- ◆ Donner les informations sur le bilan complémentaire de la CPN y compris le test de dépistage du VIH ;
- ◆ Informer sur la gratuité du test de dépistage chez les femmes et leurs partenaires.

## 1.2 CONSEIL DE COUPLE

**Lieu** : Le counseling peut se faire dans tout local assurant la confidentialité ;

**Temps** : Disposer de 15-20mn pour chaque couple ;

**Profil** : agent formé en counseling ;

**Accueil** : insister sur l'accueil bien fait ;

**Important** :

- ◆ Insister sur le caractère volontaire du test et l'ensemble des prestations de PTME/VIH ;
- ◆ Rassurer de la confidentialité.

### Contenu

- ◆ Informer sur la transmission sexuelle du VIH et les méthodes de prévention ;
- ◆ Informer sur la transmission du VIH de la mère à l'enfant et les interventions possibles y compris la PEC de la femme, de l'enfant et de sa famille ;
- ◆ Informer sur le processus de dépistage du VIH ;
- ◆ Insister sur les avantages et les mesures d'accompagnement du dépistage, des interventions possibles si le test est positif notamment en vue de la survie du couple et de celle de leur enfant (encadré n°1) ;
- ◆ Evaluation des risques antérieurs ;
- ◆ Demander au couple quelle sera sa réaction en cas de résultat positif ;
- ◆ Rassurer le couple en donnant des informations justes (contre les rumeurs) ;
- ◆ Donner les informations sur la possibilité de séro-discordance ;
  - ◆ Donner les informations sur les possibilités de réduction du risque de transmission mère enfant du VIH ;
  - ◆ Donner les informations sur les possibilités d'offre de services dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA en général et de la PTME-VIH en particulier ;
- ◆ Insister sur l'importance de l'utilisation du préservatif masculin ou féminin au cours de la grossesse quelque soit le statut ;
- ◆ Donner des informations sur l'interprétation des tests sérologiques :
  - un test positif signifie que la personne est porteuse du VIH et peut le transmettre à une tierce personne si les règles de prévention ne sont pas respectées;
  - un test négatif signifie que la personne n'est pas porteuse du VIH ou est probablement dans une phase où l'infection n'est pas détectable. Informer la personne qu'elle doit refaire son test trois mois après et qu'il faut respecter les règles de prévention pour ne pas s'infecter ;
  - un test indéterminé signifie qu'on ne peut pas se prononcer clairement sur le statut sérologique et qu'il faut refaire le prélèvement pour un autre test.

### 1.3 CONDUITE DU CONSEIL PERSONNALISE

**Lieu** : Dans tout local assurant la confidentialité

**Cibles** : Femmes enceintes ou leurs conjoints

**Temps** : Disposer de 15-20mn pour chaque client

**Profil** : agent formé en counseling

**Accueil** : insister sur l'accueil bien fait

**Important** :

- ◆ Insister sur le caractère volontaire du test et l'ensemble des prestations de PTME/VIH
- ◆ Rassurer de la confidentialité.

#### Contenu

- ◆ Informer sur la transmission sexuelle du VIH et les méthodes de prévention
- ◆ Informer sur la transmission du VIH de la mère à l'enfant et les interventions possibles y compris la PEC de la femme, de l'enfant et de sa famille.
- ◆ Informer sur le processus de dépistage du VIH
- ◆ Insister sur les avantages et les mesures d'accompagnement du dépistage, des interventions possibles si le test est positif notamment en vue de la survie du client et de celle de son enfant (encadré n°1)
- ◆ Evaluation des risques antérieurs
- ◆ Demander au client quelle sera sa réaction en cas de résultat positif
- ◆ Rassurer le client en donnant des informations justes (contre les rumeurs)
- ◆ Donner les informations sur la possibilité de séro-discordance
  - ◆ Donner les informations sur les possibilités de réduction du risque de transmission mère enfant du VIH
  - ◆ Donner les informations sur les possibilités d'offre de services dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA en général et de la PTME-VIH en particulier.
- ◆ Insister sur l'importance de l'utilisation du préservatif masculin ou féminin au cours de la grossesse quelque soit le statut,
- ◆ Donner des informations sur l'interprétation des tests sérologiques :
  - un test positif signifie que la personne est porteuse du VIH et peut le transmettre à une tierce personne si les règles de prévention ne sont pas respectées;
  - un test négatif signifie que la personne n'est pas porteuse du VIH ou est probablement dans une phase où l'infection n'est pas détectable. Informer la personne qu'elle doit refaire son test trois mois après et qu'il faut respecter les règles de prévention pour ne pas s'infecter ;
  - un test indéterminé signifie qu'on ne peut pas se prononcer clairement sur le statut sérologique et qu'il faut refaire le prélèvement pour un autre test.

## 2. OFFRE SYSTEMATIQUE DU DEPISTAGE

- ◆ **Proposer systématiquement le test de dépistage à toute cliente à l'issue d'une des sessions de conseil pré-test comme faisant parti du bilan prénatal**
- ◆ Requérir le consentement de la cliente pour le test;
- ◆ Si la cliente exprime son refus de faire le test, renforcer le counseling

## 3. SESSIONS DE CONSEIL POST-TEST

### 3.1 Conseil post test immédiat

Le conseil post-test débutera par une préparation psychologique de la femme afin qu'elle accepte le résultat. Il lui sera rappelé les éléments du conseil pré-test, notamment les avantages et les implications du dépistage. Demander à la cliente si elle est prête pour recevoir son résultat. Si oui annoncer clairement le résultat.

#### 2.2.1 *Résultat négatif*

- ◆ Renforcer les messages d'information (notion de séroconversion, nécessité de refaire le test)
- ◆ Informer sur les méthodes permettant de prévenir toute future infection (abstinence, fidélité réciproque, utilisation du préservatif).

#### 2.2.2 *Résultat positif*

- ◆ Gérer les réactions psychologiques de la cliente
- ◆ Rappeler les risques de transmission du VIH à l'enfant ainsi que les possibilités de réduction du risque
- ◆ Informer sur les options thérapeutiques possibles (pendant la grossesse, l'accouchement et dans le post-partum),
- ◆ Donner des informations sur les options d'alimentation du nouveau né de mère infectée
- ◆ Informer sur la prévention de la transmission du VIH au partenaire non infecté
- ◆ Conseiller la femme d'identifier quelqu'un avec qui partager le résultat
- ◆ Conseiller sur la confidentialité partagée
- ◆ Informer et orienter vers des services spécialisés (pour le traitement, appui, conseils et réconfort)
- ◆ Insister sur la nécessité de suivre les consultations prénatales et d'accoucher en milieu de soins
- ◆ Informer sur le calendrier de suivi de l'enfant et le diagnostic précoce de l'infection chez le nouveau né
- ◆ Informer la cliente de la nécessité de faire le dépistage chez le partenaire

### **2.2.3 Résultat indéterminé**

- ◆ Expliquer la nécessité de revenir pour faire un autre test (délai à préciser)
- ◆ Insister sur les méthodes de prévention
- ◆ Gérer les réactions psychologiques de la cliente

### **3.2 Conseil post test de suivi**

- ◆ Conseiller sur l'alimentation du nouveau-né, notamment les avantages sanitaires et les risques de l'allaitement et de l'alimentation par les SLM
- ◆ Conseiller sur la nécessité d'une contraception après l'accouchement
- ◆ Informer et conseiller sur une future grossesse éventuelle
- ◆ Informer la cliente de la nécessité de faire le dépistage chez le partenaire, les autres enfants et les coépouses
  
- ◆ Rappeler les risques de transmission du VIH à l'enfant ainsi que les possibilités de réduction du risque
- ◆ Informer sur les options thérapeutiques possibles (pendant la grossesse, l'accouchement et dans le post-partum), .
- ◆ Informer sur la prévention de la transmission du VIH au partenaire non infecté
- ◆ Conseiller la femme d'identifier quelqu'un avec qui partager le résultat
- ◆ Informer la cliente sur la nécessité d'une confidentialité partagée au sein de l'équipe de soins
- ◆ Informer et orienter vers des services spécialisés (pour le traitement, appui, conseils et réconfort)
- ◆ Insister sur la nécessité de suivre les consultations prénatales et d'accoucher en milieu de soins
- ◆ Informer sur le calendrier de suivi de l'enfant et le diagnostic précoce de l'infection chez le nouveau né

**Encadré n°1 : Avantages du dépistage volontaire du VIH dans le cadre de la PTME.**

Le dépistage du VIH présente plusieurs avantages pour les femmes enceintes. Cependant des mesures d'accompagnement peuvent être prises lorsque la femme ou le couple rencontre des difficultés.

- 1) un résultat négatif peut renforcer des pratiques sexuelles plus sûres et peut aider la femme à rester séronégative ;
- 2) le dépistage est gratuit et donne un accès gratuit à l'ensemble des prestations de PTME/VIH y compris la tri thérapie par les ARV;
- 4) la femme enceinte qui connaît son statut VIH peut être mieux conseillée au sujet des différentes options d'alimentation de l'enfant. Elle sera orientée si elle est infectée vers l'allaitement exclusif au sein suivi d'un sevrage précoce et assisté ou vers l'alimentation par les substituts du lait maternel. Par contre la femme non infectée par le VIH sera encouragée à un allaitement exclusif au sein.,
- 5) Quand la femme et ses prestataires de soins sont au courant de son infection à VIH elle peut être référée aux centres spécialisés dans la prise en charge médicale du VIH/SIDA et/ou aux ONG qui assurent le suivi et le support émotionnel et social des personnes infectées par le VIH ;
- 6) Au cours des prestations de PTME, la prise en charge des infections opportunistes des femmes et des enfants infectés par le VIH est gratuite ;
- 7) Le diagnostic de l'infection à VIH de la mère permettra le diagnostic précoce de l'infection, le traitement et le suivi médical appropriés de son enfant ;
- 8) une femme qui connaît son statut VIH peut partager cette information avec son (ses) partenaire (s) sexuels. Cela peut être important afin d'encourager le (s) partenaire (s) à se faire conseiller et dépister gratuitement ;
- 10) une femme nouvellement détectée séropositive peut être conseillée et encouragée à adopter un changement de comportement favorable à sa santé.
- 11) La femme peut bénéficier d'un appui psychosocial par les associations, les communautés, l'action sociale, de conseil et de suivi.

**Les implications possibles du dépistage du VIH sont :**

- ◆ le dépistage du VIH peut causer des tensions au sein du ménage et de la famille ;
- ◆ les femmes testées séropositives pourraient faire l'objet de violences ou être abandonnées ;
- ◆ les clients testés séropositifs pourraient être soumis au blâme et à la stigmatisation de la part de la communauté ;

## II DEPISTAGE BIOLOGIQUE DU VIH

### 1. DEPISTAGE DANS LE CADRE DE LA PTME/VIH CHEZ LES FEMMES ENCEINTES ET LEURS PARTENAIRES

*Le dépistage sérologique utilisera en séquence deux (2) tests rapides dont les qualités diagnostiques sont comparables au test ELISA (références)*

#### 1.1 Niveau CSPS :

- ◆ Faire le counseling pré et post test
- ◆ Faire les prélèvements de sang chez les femmes enceintes pour le dépistage du VIH.
- ◆ Effectuer le test de dépistage du VIH au CSPS ou acheminer les prélèvements au CMA si nécessaire
- ◆ Référer les femmes séropositives pour le comptage des CD4 ou acheminer les prélèvements au laboratoire pour comptage des CD4.
- ◆ Mettre un système d'identification des patientes pour permettre leur suivi et leur prise en charge.
- ◆ Rendre anonyme et corréler les prélèvements avant l'acheminement au laboratoire.
- ◆ Rendre les résultats au bout d'une heure maximum. Dans les cas où le test est réalisé au laboratoire, rendre les résultats dans les 72 heures.
- ◆ Retenir seulement les femmes enceintes séropositives pour le VIH pour la prophylaxie de la TME.
- ◆ Gérer les stocks de réactifs et consommables

#### 1.2 Niveau CMA :

En plus de ce qui se fait au CSPS,

- ◆ Stocker les sérums pour le contrôle de qualité
- ◆ Gérer le stock de réactifs (commande, stockage, suivi)
- ◆ Adresser les résultats sous pli fermé au prescripteur du test
- ◆ Faire les examens de dépistage des autres IST
- ◆ Faire les examens de suivi biologique (- NFS - - CD4, Transaminases, etc...).
- ◆ Superviser les agents dans la mise en œuvre des activités de dépistage au niveau CSPS.

#### 1.3 Niveau CHR :

En plus des activités du niveau CMA, il faut :

- ◆ Faire le dépistage avec les techniques ELISA
- ◆ Gérer les sérums litigieux des CMA
- ◆ Acheminer les résultats des sérums litigieux au CMA
- ◆ Assurer le contrôle de qualité des laboratoires des CMA

### 1.4 Niveau CHU :

En plus des activités du niveau CHR, il faut :

- ◆ Faire tous les examens de diagnostic (, PCR,).
- ◆ Faire le contrôle de qualité des laboratoires des CMA, CHR et des laboratoires nationaux.

## 2. DEPISTAGE CHEZ UN ENFANT NE DE MERE INFECTEE PAR LE VIH

Niveau CSPS/CM/CMA

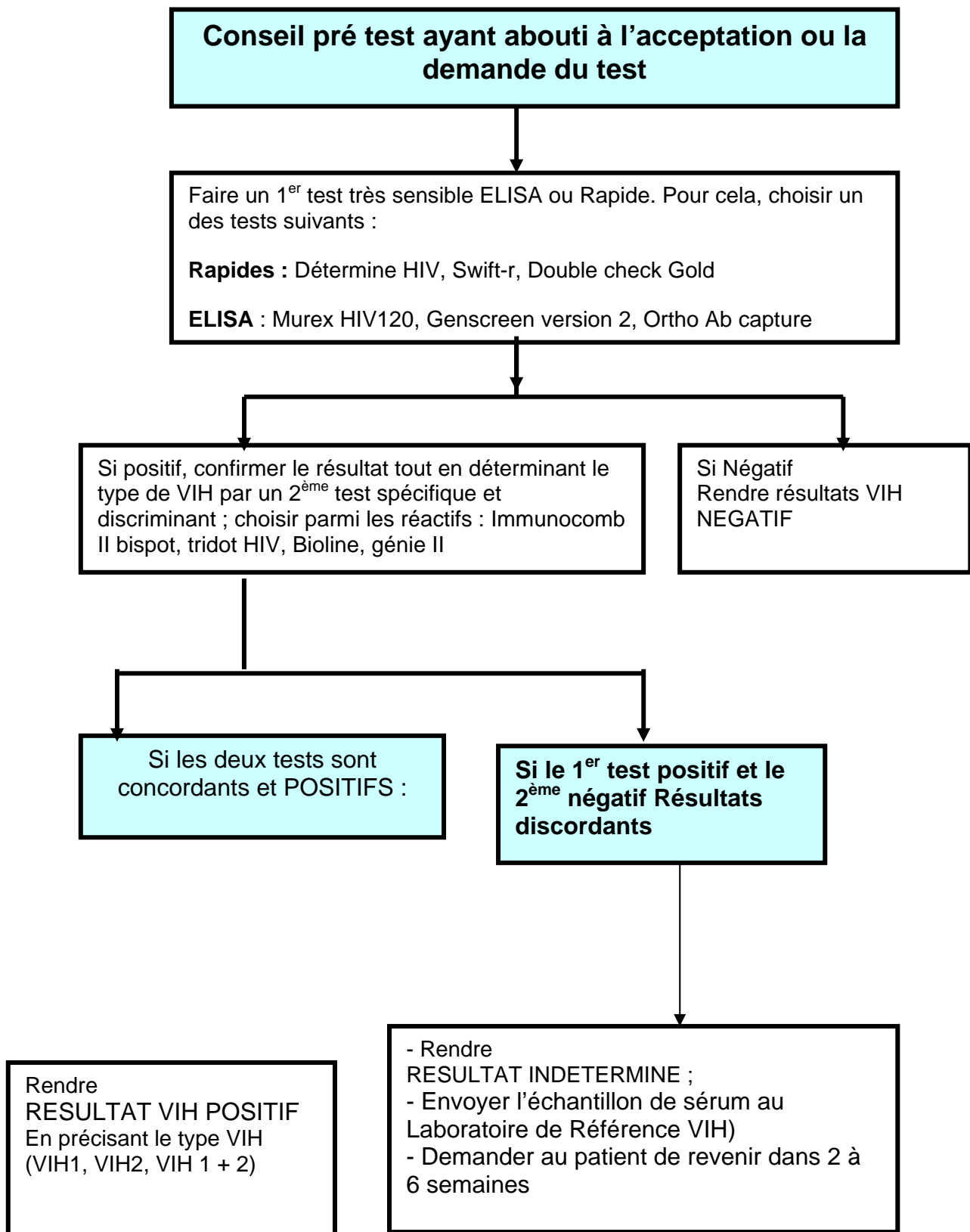
- ◆ Faire les prélèvements de sang chez les enfants nés de mères séropositives pour la PCR à partir de la 6<sup>ème</sup> semaine
- ◆ Acheminer les prélèvements vers le niveau supérieur
- ◆
- ◆ Dans le cas d'un allaitement maternel faire le test rapide de dépistage trois (3) mois après l'arrêt de l'allaitement ; si le résultat est positif refaire un test de confirmation à 18 mois.
- ◆ Dans les cas où l'enfant est positif, l'orienter vers un service de prise en charge pédiatrique.

Niveau CHR

- ◆ En plus du niveau CMA
- ◆ Si PCR disponible réaliser l'examen dès la 6<sup>ème</sup> semaine

Niveau CHU

- ◆ En plus du niveau CHR
- ◆ Faire la PCR à 6 semaines.



**Figure n°1 : ALGORITHME DE DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC VIH (CDV, Patients, PTME, AES et Viols, Co-infection VIH/TB,...)**

### III. LES SOINS OBSTETRIKAUX CHEZ UNE FEMME ENCEINTE INFECTEE PAR LE VIH

#### 1. CONDUITE DE LA CPN CHEZ UNE FEMME INFECTEE PAR LE VIH

*Les étapes de la CPN sont celles de l'approche CPN recentrée (Voir encadré N°2).*

- ◆ La CPN sera conduite par un personnel qualifié (Cf. Document de Politique et Normes en matière de SR)
- ◆ Suivre la cliente selon la périodicité de la CPN recentrée
- ◆ Mettre l'accent sur la confidentialité
- ◆ Etre toujours disponible pour répondre à tout moment aux attentes des femmes
- ◆ Mettre l'accent sur la prévention et le traitement des infections opportunistes et la co-infection TB/VIH
- ◆ Assurer le suivi biologique de la femme
- ◆ Faire un counseling personnalisé en fonction des besoins
- ◆ Mettre l'accent sur la prophylaxie antipaludique et antianémique
- ◆ Faire le déparasitage systématique
- ◆ Renforcer les conseils pour éviter les accouchements prématurés et les déficiences nutritionnelles
- ◆ Apprendre à la femme à reconnaître les signes de danger au cours de la grossesse et à recourir aux structures de santé
- ◆ Référer pour l'initiation d'une trithérapie ARV si nécessaire
- ◆ Référer la cliente en cas de complication vers les structures adaptées pour une prise en charge correcte,
- ◆ Si l'état de la femme ne nécessite pas de trithérapie, débiter la prophylaxie AZT<sup>1</sup> selon le protocole PTME/VIH National (en fonction du niveau de soin).
- ◆ Remettre à la femme les doses de NVP et d'AZT, 3TC à la dernière CPN
- ◆ Informer la femme qu'elle doit prendre la dose d'AZT 3TC et NVP dès le début du travail

---

<sup>1</sup> Corriger l'anémie (Taux HB<7g/dl) avant la mise sous traitement par l'AZT

## **Encadré N° 2 : les activités essentielles de la CPN recentrée**

### **La périodicité des CPN**

- **Première visite** : Entre la 12<sup>ème</sup> et la 16<sup>ème</sup> semaine ou au moment où la femme pense qu'elle est enceinte.
- **Deuxième visite** : Entre la 20<sup>ème</sup> et la 24<sup>ème</sup> semaine.
- **Troisième visite** : Entre la 28<sup>ème</sup> et la 32<sup>ème</sup> semaine débiter **la prophylaxie AZT** à la troisième CPN.
- **Quatrième visite** : 37 semaines

### **Autres visites si :**

- complication
- un suivi ou une orientation est nécessaire
- la femme veut voir le prestataire
- le prestataire change la fréquence des visites selon les résultats (antécédents, examens...)

### **La CPN recentrée recommande de la part des prestataires les compétences en communication interpersonnelle suivantes :**

Traiter les femmes avec respect et dignité

- Développer une interaction de bonne qualité
- Parler doucement d'un ton aimable
- Mettre la femme à l'aise
- Savoir écouter et répondre de manière appropriée
- Respecter les croyances culturelles et normes sociales
- Encourager la femme à poser des questions et ou exprimer ses préoccupations

## **2. CONDUITE DE L'ACCOUCHEMENT D'UNE FEMME INFECTEE PAR LE VIH**

- ◆ Prendre connaissance des recommandations des Consultations Périnatales
- ◆ Demander à la femme si elle a pris les ARV préconisés pour le travail depuis moins de 48 heures,
  - Si Oui, ne pas administrer une nouvelle dose
  - Si non, administrer le protocole intra-partum
- ◆ Conduire l'accouchement selon les procédures recommandées en tenant compte des consignes à respecter pour réduire la transmission mère-enfant du VIH (voir encadré n°3)
- ◆ Appliquer le protocole recommandé chez le nouveau-né

**Encadré n°3 : Consignes à respecter lors de l'accouchement d'une femme infectée par le VIH**

**A RESPECTER**

- ◆ Les principes de la prévention des infections (Cf. Modules de formation PI CMLS Santé)

**A FAIRE :**

- ◆ Respecter la poche des eaux
- ◆ Désinfecter les voies génitales avec un antiseptique pour les muqueuses (ex polyvidone iodé)
- ◆ Utiliser le partogramme pour surveiller le travail afin d'identifier à temps une dystocie et prendre les mesures adéquates.
- ◆ Initier une antibioprofylaxie pour prévenir le risque d'infection chorio-amniotique (antibiotique à large spectre)
- ◆ Assurer la gestion active de la 3<sup>ème</sup> phase de l'accouchement (voir encadré n°4)

**A EVITER :**

- ◆ Les gestes traumatiques (Expression abdominale, touchers vaginaux intempestifs, Application des Forceps ou de ventouse, toute version par manœuvre)
- ◆ Le travail prolongé
- ◆ La rupture artificielle des membranes avant la dilatation complète
- ◆ Blessure du scalp de l'enfant

**GESTES A EVITER AUTANT QUE POSSIBLE**

- ◆ Episiotomie, à faire que sur indication thérapeutique (risque de déchirure du périnée)
- ◆ Utilisation du syntocinon avant l'expulsion du fœtus

**Encadré n°4 GATPA (Gestion Active Troisième Phase de l'Accouchement)**

Après l'expulsion du fœtus

1. Palper l'utérus et vérifier si pas de présence d'un deuxième jumeau
2. Administrer 10 UI de Syntocinon en Intra Musculaire (IM)
3. Attendre 2 à 3 minutes une bonne contraction
4. Exercer une traction contrôlée du cordon tout en refoulant l'utérus vers le haut
5. Extraire le placenta et les membranes
6. Masser l'utérus
7. Examiner le placenta
8. Examiner la filière génitale

### **3. PRISE EN CHARGE DE L'URGENCE OBSTETRICALE CHEZ UNE FEMME INFECTEE PAR LE VIH**

#### **3.1 Dans les cas d'avortement :**

- ◆ Faire une antibiothérapie
- ◆ Assurer l'évacuation utérine avec le moins de traumatisme possible (Aspiration Manuelle Intra-Utérine (AMIU) de préférence)
- ◆ Orienter la cliente vers une structure de planning familial
- ◆ Orienter la femme vers les structures de prise en charge des personnes vivant avec le VIH
- ◆ Ne pas utiliser d'ARV en prophylaxie dans les cas d'avortement (moins de 6 mois)

#### **3.2 Dans les cas de menace d'accouchement prématuré :**

- ◆ Donner la dose intra-partum
- ◆ Référer à l'échelon supérieur
- ◆ Prise en charge de la menace au niveau de la structure de référence
- ◆ Initier ou poursuivre le régime prophylactique ARV
- ◆ Si l'accouchement est imminent après 48 heures, répéter la dose intra-partum

#### **3.3 Dans les cas d'accouchement prématuré :**

- ◆ Appliquer le même protocole que dans le cadre de l'accouchement normal tout en tenant compte de la prématurité qui est un facteur supplémentaire de transmission.

#### **3.4 Dans les cas de dystocie au cours du travail :**

- ◆ S'assurer que la femme a eu sa dose d'ARV
- ◆ Référer à l'échelon supérieur.

## 4. SOINS DU POST-PARTUM D'UNE FEMME INFECTÉE PAR LE VIH

### 4.1 Soins immédiats :

- ◆ Administrer la prophylaxie ARV post-partum (Pendant 7 jours)
  - AZT 300 mg 2 fois par jour
  - 3TC 150 mg 2 fois par jour
- ◆ Sensibiliser sur les signes de danger post-partum
- ◆ Prévenir l'hémorragie du post-partum
- ◆ Prévenir les infections du post-partum (renforcer les mesures d'hygiène, poursuivre la prophylaxie antibiotique)
- ◆ Donner des conseils nutritionnels
- ◆ Donner des conseils pour l'allaitement **exclusif** ou **l'alimentation artificielle exclusive** et l'accompagner dans son choix.
- ◆ Donner des conseils pour prévenir les gerçures et crevasses du mamelon, l'engorgement mammaire et les mastites,
  - ◆ Dépister et traiter au plus tôt les mastites.

### 4.2 Soins tardifs :

- ◆ Référer la femme dans un centre pour une meilleure prise en charge de son infection VIH
- ◆ Faire les examens de suivi
- ◆ Faire la consultation post-partum
- ◆ Faire la consultation de planning familial
- ◆ Aider la femme pour la conduite du sevrage précoce à 4 mois ou pour la conduite de l'alimentation artificielle.
- ◆ Donner des conseils pour prévenir les gerçures et crevasses du mamelon, l'engorgement mammaire et les mastites,

## 5. PROTOCOLE DE PREVENTION DE LA TME/VIH

TABLEAU N°I : Protocole de la chimioprophylaxie par les ARV dans le cadre de la PTME

Régime de traitement	Temps d'administration		
	Pendant la grossesse	Pendant le travail	En post-partum
Régime retenu	<b>AZT 300 mg x 2/jour à partir de la 28<sup>ème</sup> semaine de grossesse</b>	<b>NVP 200 mg en dose unique</b> + <b>AZT/3TC : 300mg/150mg en prise unique</b>	<b>Mère : AZT/3TC 300/150mg x 2/jour pendant 7jours</b>  <b>Enfant NVP</b> (2mg/kg en dose unique) + <b>AZT 4mg/kg X 2 /jour pendant 7jours</b>
Alternative		<b>NVP 200 mg en dose unique</b> + <b>AZT/3TC : 300mg/150mg en prise unique</b>	<b>Mère: AZT/3TC x7 jours</b>  <b>Enfant: NVP</b> (2mg/kg en dose unique) + <b>AZT 4mg/kg X 2 /jour pendant 4 semaines</b>

NB : 1) *Si la mère a reçu moins de 4 semaines d'AZT pendant la grossesse, l'enfant devrait recevoir 4 semaines d'AZT au lieu d'une semaine.*

2) *Si la mère est éligible pour le traitement ARV, administrer la le traitement. Dans ce cas elle ne prend plus le traitement prophylactique et à la naissance donner à l'enfant le traitement du post partum.*

## **6. CONDUITE A TENIR DEVANT UNE DEMANDE D'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE PAR UNE FEMME ENCEINTE INFECTEE PAR LE VIH**

- ◆ Faire un counseling en insistant sur les risques encourus en pratiquant l'interruption de la grossesse ;
- ◆ Donner toutes les informations sur les possibilités de prévention de la transmission du virus à l'enfant
- ◆ référer vers l'échelon adapté pour une prise en charge si maintien de la décision,
- ◆ faire une évaluation de l'état maternel et de la grossesse au niveau de référence,
- ◆ pratiquer une interruption thérapeutique de la grossesse en respectant les procédures en vigueur si risque vital maternel avéré,
- ◆ faire un counseling et orientation vers PTME/VIH si absence de risque vital maternel.
- ◆ Assurer une prise en charge psychosociale

## **IV. SOINS NEONATALS D'UN NOUVEAU-NE DE MERE INFECTEE PAR LE VIH**

### **1. SOINS DANS LES SUITES DE COUCHE IMMEDIATE**

- ◆ Désobstruer doucement les voies aériennes supérieures si besoin (à la poire).
- ◆ Eviter le refroidissement du nouveau-né (enveloppement dans un linge sec et propre)
- ◆ Nettoyer le bébé dès sa sortie avec un linge propre et sec
- ◆ Administrer précocement les ARV selon le protocole dans les 12 heures suivant la naissance sans dépasser 72 heures
- ◆ Vérifier la prise effective des ARV
- ◆ répéter la dose médicamenteuse en cas de rejet avant les 30 mn qui suivent la 1<sup>ère</sup> prise,
- ◆ Respecter dans tous les cas les principes universels de la prévention des infections
- ◆ Mettre en route l'alimentation du nouveau-né selon le mode choisi

#### **Gestes à éviter**

- Traire le cordon ombilical
- Utiliser la même paire de ciseaux pour l'épisiotomie et la section du cordon

### **2. VACCINATION DU NOUVEAU-NE (ET DE L'ENFANT) NE DE MERE INFECTEE PAR LE VIH**

- ◆ Tous les vaccins du PEV peuvent être administrés selon le calendrier du PEV.
- ◆ En cas de signes cliniques de SIDA chez l'enfant, ne pas administrer le vaccin BCG.

## V. ALIMENTATION DE LA FEMME INFECTEE PAR LE VIH ET DE L'ENFANT NE DE MERE INFECTEE

### 1. ALIMENTATION DE LA FEMME

- ◆ Donner des conseils à la mère pour une alimentation complète, riche et variée selon le schéma habituel en tenant compte des aliments locaux disponibles: exemple :
  - ✓ les aliments riches en fer (feuilles de baobab, haricot, gombo sec...),
  - ✓ les aliments riches en acide folique (feuilles vertes),
  - ✓ les aliments riches en vitamines C (fruits, tomates, etc.)
  - ✓ les aliments riches en protéines (viandes, poisson, haricot, etc.)
  - ✓ les aliments énergétiques (céréales, tubercules)
- ◆ utiliser des boîtes à images pour les conseils nutritionnels
- ◆ Administrer de la vitamine A à la dose de 200 000 UI dans le post partum immédiat
- ◆ Administrer les autres micro nutriments si nécessaires (fer, iode, etc.)
- ◆ Eviter les boissons alcoolisées, les excitants (colas, tabac, etc.), les épices.

### 2. ALIMENTATION DU NOUVEAU-NE NE DE MERE INFECTEE

- ◆ Vérifier si la mère a déjà choisi le mode d'alimentation de son enfant
  - ✓ Si non, donner toutes les explications à la mère pour l'aider à choisir le mode d'alimentation de son enfant
  - ✓ Si oui, insister sur les avantages et les inconvénients de chaque mode d'alimentation
- ◆ Proscrire les pratiques néfastes telles que les lavements évacuateurs, les gavages, etc.
- ◆ **Si la mère choisit l'allaitement maternel :**
  - ✓ Insister sur la nécessité de conduire cet allaitement exclusivement
  - ✓ Aider la mère à mettre correctement le nouveau-né au sein dès la naissance
  - ✓ Préparer la mère à un sevrage précoce à 4 mois (selon encadré n°5) ;
  - ✓ Apporter le soutien nécessaire à la mère
  - ✓ Proscrire l'alimentation mixte
- ◆ **Si la mère choisit l'alimentation artificielle :**
  - ✓ Insister sur la nécessité de poursuivre exclusivement ce mode d'alimentation
  - ✓ Aider la mère à conduire **l'alimentation artificielle exclusive**
  - ✓ Insister sur les mesures d'hygiène
  - ✓ Proscrire **l'alimentation** mixte
- ◆ **Suivi du type d'alimentation mis en œuvre :**
  - ✓ Soutenir la mère pour la mise en œuvre effective du type d'alimentation choisi ;
  - ✓ Assurer la surveillance de la croissance de l'enfant selon les normes et protocoles de santé de l'enfant
  - ✓ Administrer le fer à l'enfant selon le protocole contenu dans le document des normes et protocoles de santé de la mère et de l'enfant (si poids < 2,5kg)

### **ENCADRE n° 5 : Conduite du sevrage précoce a 4 mois**

La femme infectée par le VIH qui a choisi d'allaiter son bébé devra le sevrer dès la fin du 4<sup>ème</sup> mois. Ce sevrage devra être précoce et pour cela aider la mère de la façon suivante :

**1<sup>er</sup> jour : supprimer une tétée journalière** pour la remplacer par une préparation avec du lait entier qu'il faudra sucrer ou du lait commercial 2<sup>ème</sup> âge. Cependant ce lait devra être dilué.

**Exemple : pour une préparation de 180ml, il faut  $180\text{ml} : 30 = 6$  mesures de lait (utiliser la moitié soit 3 mesures diluées dans 180 ml d'eau.**

**2<sup>ème</sup> jour : supprimer une tétée journalière** et la remplacer par une préparation avec du lait commercial. La concentration devra être normale.

**Exemple : pour une préparation de 180ml, il faut  $180\text{ml} : 30 = 6$  mesures de lait et 180 ml d'eau**

**3<sup>ème</sup> jour : supprimer 02tétées journalières** et les remplacer par une préparation avec du lait commercial. La concentration devra être normale.

**Exemple : pour une préparation de 180ml, il faut  $180\text{ml} : 30 = 6$  mesures de lait et 180 ml d'eau**

**4<sup>ème</sup> jour : supprimer la moitié des tétées journalières** et les remplacer par une préparation avec du lait commercial. La concentration devra être normale.

**Exemple : pour une préparation de 180ml, il faut  $180\text{ml} : 30 = 6$  mesures de lait et 180 ml d'eau**

**5<sup>ème</sup> jour : sevrage total. L'enfant ne prendra plus le lait maternel et toutes les tétées devront être remplacées par des préparations à base de lait commercial**

**A partir du 15<sup>ème</sup> jour ajouter de la bouillie enrichie.**

**NB : dès le premier jour observer la qualité des selles de l'enfant**

## VI. PLANIFICATION FAMILIALE CHEZ UNE FEMME INFECTEE PAR LE VIH

### 1. METHODES CONTRACEPTIVES UTILISABLES PAR LA FEMME INFECTEE PAR LE VIH

- ◆ Proposer les méthodes contraceptives en expliquant les avantages et les inconvénients.
- ◆ Insister sur la double protection (proposer le préservatif masculin ou féminin associé à une autre méthode contraceptive)

*↑ Toute méthode contraceptive féminine doit être associée au préservatif qui assure la Prévention de la transmission sexuelle du VIH et des autres IST*

*↑ La pilule combinée est contre-indiquée pendant l'allaitement maternel*

*↑ Le DIU est contre-indiqué chez la femme infectée par le VIH*

*↑ Les ARV réduisent l'efficacité des contraceptifs hormonaux*

### 2. CONDUITE A TENIR DEVANT UN COUPLE DESIRANT UNE GROSSESSE

#### 2.1 Femme infectée et conjoint non infecté

- ◆ Expliquer les risques liés aux rapports sexuels non protégés pour l'homme.
- ◆ Expliquer les risques de transmission du VIH à l'enfant en cas de grossesse
- ◆ Informer sur la possibilité de réduction du risque de transmission par les prestations de la PTME
  - ◆ Informer sur la possibilité d'adoption d'un enfant
  - ◆ Orienter vers le niveau approprié pour une meilleure prise en charge
  - ◆ En cas de persistance du besoin de la grossesse, proposer une insémination artificielle du sperme du conjoint.

#### 2.2 Femme non infectée et conjoint infecté

- ◆ Expliquer les risques liés aux rapports sexuels non protégés pour la femme
- ◆ Expliquer les risques de transmission du VIH à l'enfant en cas de grossesse si la femme s'infecte.
- ◆ Informer sur la possibilité d'adoption d'un enfant
- ◆ Orienter vers un centre spécialisé pour une prise en charge
- ◆ Proposer une insémination croisée dans un centre spécialisé.

#### 2.3 Femme et conjoint infectés

- ◆ Expliquer les risques liés aux rapports sexuels non protégés pour les deux
- ◆ Expliquer les risques de transmission du VIH à l'enfant en cas de grossesse
- ◆ Informer sur la possibilité de réduction du risque de transmission par les prestations de la PTME
- ◆ Informer sur la possibilité d'adoption d'un enfant
- ◆ Orienter vers un centre spécialisé pour une prise en charge

## VII. PRISE EN CHARGE MEDICALE

### 1. PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS OPPORTUNISTES

#### 1.1 Diagnostic et Traitement des infections opportunistes chez la femme enceinte infectée par le VIH

☞ *Quelque soit le niveau du système de soins :*

- ◆ Faire un examen clinique complet de la femme enceinte à la recherche de :
  - diarrhée persistante ;
  - Tuberculose
  - Infection respiratoire
  - Fièvre persistante
  - Infection urinaire
  - IST
  - Candidose oropharyngée
  - Candidoses génitales
  - Lymphadénopathie
  - Zona
  - Perte de poids
  - Affections cutanées
  
- ◆ Faire un traitement précoce et/ou une chimio-prophylaxie des infections opportunistes selon les ordinogrammes. Tenir compte des contre-indications des molécules non adaptées aux femmes enceintes dans les ordinogrammes.
- ◆ Effectuer les prélèvements pour le comptage des CD4
- ◆ Tenir compte des références à faire selon les ordinogrammes
- ◆ Assurer la chimioprophylaxie au cotrimoxazole dès la 16<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée (ou dès l'apparition des premiers mouvements actifs du fœtus jusqu'à la 36<sup>ème</sup> semaine révolue c'est-à-dire 8 mois. (indiqué aux stades OMS 2,3 et 4 ou pour un taux de CD4 <350)
- ◆ Ne pas associer le cotrimoxazole et la sulfadoxine piryméthamine
- ◆ Si la patiente est déjà sous traitement préventif intermittent à la sulfadoxine piryméthamine, poursuivre avec la SP en donnant trois doses au lieu de deux en respectant le délai minimum de 4 semaines entre les prises

☞ *Au niveau des CM, CMA, CHR et CHU*

- ◆ Faire un bilan biologique standard de consultation pré thérapeutique (NFS, Taux d'Hémoglobine, Groupe Sanguin /Rhésus, ECBU, VDRL/TPHA, CD4, Transaminases).
- ◆ Rechercher les infections opportunistes et les traiter
- ◆ Assurer la chimioprophylaxie au cotrimoxazole dès la 16<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée (ou dès l'apparition des premiers mouvements actifs du fœtus

## 1.2 Soins à l'enfant né de mère infectée par le VIH

**Avant 6 semaines de naissance utiliser la classification du SIDA pédiatrique selon les critères de l'OMS (encadré n°6) pour la suspicion de l'infection**

☞ *Quelque soit le niveau du système de soins :*

- ◆ Renforcer la surveillance clinique de l'enfant :
  - ✓ Faire la première consultation entre 1 à 2 semaines après la naissance, puis une consultation après 4 semaines et à la demande
  - ✓ Faire un examen clinique complet de l'enfant à la recherche de muguet, diarrhée, fièvre, adénopathie, toux, lésions cutanées, troubles neuropsychiques, syndrome septicémique, organomégalie ;
  - ✓ Faire un traitement précoce et/ou chimio-prophylaxie des infections opportunistes selon les ordinogrammes
  
- ◆ Si l'enfant est asymptomatique :
  - ✓ surveiller la température, le développement psychomoteur et staturo-pondéral (poids, taille, éveil)
  
- ◆ Si infection opportuniste :
  - ✓ Assurer la prise en charge selon le guide de diagnostic et de traitement
  - ✓ référer en cas de nécessité

☞ *Au niveau des CM, CMA, CHR et CHU*

- ◆ Si infection opportuniste :
  - Assurer la prise en charge selon les directives contenues dans le Document de Normes et protocole de Prise en charge de l'infection à VIH

<b>Stade clinique I</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Asymptomatique</li> <li>✓ Lymphadénopathie persistante généralisée</li> </ul>
<b>Stade clinique II</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Hépatosplénomégalie persistante inexplicée</li> <li>✓ Prurigo</li> <li>✓ Manifestations cutanéomuqueuses mineures y compris les mycoses, les infections virales et les dermatoses chroniques</li> <li>✓ Tuméfaction persistante de la parotide</li> <li>✓ Sinusites chroniques/ récurrentes</li> <li>✓ Otites moyennes chroniques / récurrentes (infection de l'oreille)</li> <li>✓ Zona</li> <li>✓ Ulcères de la bouche récurrents</li> <li>✓ Erythème gingival linéaire</li> </ul>
<b>Stade clinique III</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Malnutrition modéré, ne répondant pas au traitement standard</li> <li>✓ Diarrhée inexplicée persistante (&gt; 14 jours)</li> <li>✓ Fièvre inexplicée persistante (environ 37,5°C intermittente ou constante) &gt;1 mois</li> <li>✓ Candidose buccale (en dehors de la période néonatale)</li> <li>✓ Leucoplasie chevelue</li> <li>✓ Ulcères nécrotiques aiguës, gingivites /périodontites</li> <li>✓ Pneumonie sévère récurrente</li> <li>✓ Symptomatologie d'une Pneumopathie Interstitielle lymphoïde</li> <li>✓ Maladie pulmonaire chronique liée au VIH, y inclus les bronchiectasies</li> <li>✓ ☞ <b><u>Tuberculose pulmonaire</u></b></li> <li>✓ ☞ <b><u>Tuberculose ganglionnaire</u></b></li> <li>✓ Anémie inexplicés (&lt; 8 g/dl), et/ou neutropénie (&lt; 500/mm<sup>3</sup>), et/ou thrombocytopenie (&lt; 50.000/ mm<sup>3</sup>)</li> </ul>
<b>Stade clinique IV</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Maigreur réfractaire sévère/ Malnutrition sévère</li> <li>✓ Pneumonie à <i>Pneumocystis jiroveci</i></li> <li>✓ Infections bactériennes sévères multiples et récurrentes (non compris la pneumonie)</li> <li>✓ Herpes chronique (&gt; 1 mois)</li> <li>✓ ☞ <b><u>Tuberculose extra-pulmonaire</u></b></li> <li>✓ Sarcome de Kaposi</li> <li>✓ Candidose œsophagienne</li> <li>✓ Toxoplasmose cérébrale (chez les enfants &gt; 1 mois d'âge)</li> <li>✓ Encéphalopathie à VIH</li> <li>✓ Rétinite à CMV ou autres infections à CMV (chez les enfants &gt; 1 mois d'âge)</li> <li>✓ Cryptococcose extrapulmonaire (y inclus la méningite)</li> <li>✓ Toute mycose endémique disséminée (par exemple, histoplasmose, coccidioïdomycose)</li> <li>✓ Cryptosporidiose chronique</li> <li>✓ Isosporidiose chronique</li> <li>✓ Mycobactérioses non tuberculeuses disséminées</li> <li>✓ Lymphomes (cérébral ou cellule B non hodgkinien)</li> <li>✓ Leucoencéphalopathie multifocale progressive (LEMP)</li> <li>✓ Néphropathie symptomatique ou cardiomyopathie symptomatique liées au VIH</li> </ul>

***A partir de la 6<sup>ème</sup> semaine, faire la PCR pour le diagnostic de l'infection à VIH.***

***Quelque soit le niveau du système de soins :***

- ◆ Si PCR négative, et enfant sous alimentation artificielle, surveiller ;
- ◆ Si PCR négative, et enfant sous allaitement maternel :
  - ✓ Discuter de l'éventualité du changement du mode alimentaire ;
  - ✓ poursuivre l'allaitement exclusif suivi d'un sevrage précoce à 4 mois si les conditions de ce changement ne sont pas remplies, dans ce cas, commencer la prophylaxie des infections opportunistes par le cotrimoxazole ;
  - ✓ adopter l'alimentation artificielle Si les conditions de ce changement sont remplies
  - ✓ faire la PCR 3 mois après le sevrage ;
- ◆ Si PCR positive : Initier le cotrimoxazole avant de référer l'enfant vers une structure de prise en charge pédiatrique.

## **2. TRAITEMENT PAR LES ARV DE LA FEMME ENCEINTE INFECTEE PAR LE VIH**

***☞ Ce traitement ne sera réalisé qu'au niveau CM, CMA, CHR et CHU où il existe un médecin***

### **2.1. Femme déjà sous ARV**

- ◆ Ajuster le traitement ARV en excluant notamment les molécules embryo-toxiques
- ◆ Faire un bilan de suivi : Charge virale, CD4, Transaminases, Créatininémie, Glycémie, NFS-VS
- ◆ Assurer le suivi de la grossesse

### **2.2. Femme ne prenant pas d'ARV mais éligible pour un traitement ARV**

- ◆ Faire un bilan pré thérapeutique : CD4, VDRL/TPHA, NFS-VS, Transaminases, Créatinémie, Glycémie, KOP,
- ◆ Mettre sous ARV en adaptant le schéma de traitement à l'état de grossesse
- ◆ Faire un bilan de suivi orienté selon le protocole thérapeutique

**Tableau n°II : Recommandations pour l'initiation du traitement aux ARV chez la femme enceinte basées sur des critères cliniques et immunologiques**

Stade Clinique de l'OMS	Test CD4 non disponible	Test CD4 disponible
1	Ne pas traiter	Traiter si cellules CD4 < 200 /mm <sup>3</sup>
2	Ne pas traiter	
3	Traiter	Traiter si cellules CD4 < 350 /mm <sup>3</sup>
4	Traiter	Traiter quelque soit le niveau des cellules CD4.

NB : Seul l'EFAVIRENZ est contre indiqué pendant la grossesse.

**2.3. Femme ne prenant pas d'ARV et non éligible pour ARV**

- ◆ Faire une surveillance médicale et biologique de la femme
- ◆ Appliquer le régime prophylactique par les ARV pour la PTME à partir de la 28<sup>ème</sup> semaine.

**3. TRAITEMENT PAR LES ARV DE L'ENFANT**

- ◆ Administrer la prophylaxie au cotrimoxazole s'il est asymptomatique,
- ◆ Référer l'enfant vers les structures de prise en charge pédiatrique
- ◆ Le traitement par les ARV sera assuré au niveau des CM, CMA, CHR et CHU où il existe un médecin.

## VIII. SOINS INFIRMIERS

*Ces directives sont applicables à tous les niveaux du système de soins*

### 1. SOINS INFIRMIERS D'UNE FEMME ENCEINTE INFECTÉE PAR LE VIH

#### 1.1 IEC

- ◆ Donner les informations sur :
  - L'infection à VIH
  - les autres IST
  - les réinfections
  - les infections opportunistes
  - les modes de transmission en insistant sur la transmission verticale
  - la prévention
  - la nécessité du partage du résultat sérologique
  - le dépistage volontaire du partenaire
  - l'hygiène de vie
  - les comportements sexuels à moindre risque
  - l'utilisation du préservatif (masculin ou féminin)
  - la nécessité d'accoucher dans un centre de santé
  - les possibilités de prise en charge

#### 1.2 Soins / Conseils

- ◆ Donner des conseils sur :
  - la poursuite de la PTME/VIH (chimio prophylaxie ARV pour la mère et pour l'enfant)
  - les infections opportunistes
  - l'orientation pour le suivi biologique
  - le mode d'alimentation de l'enfant (Allaitement exclusif, alimentation artificielle),
  - l'alimentation de la mère
  - la planification familiale
- ◆ Assurer :
  - le bon accueil
  - l'interrogatoire
  - l'identification des besoins perturbés
  - l'explication des prescriptions
  - la vérification de l'observance des prescriptions
  - la surveillance des effets secondaires des médicaments
  - l'élaboration d'un plan de soins infirmiers et son exécution
  - le suivi/évaluation du plan de soins

### 1.3 Surveillance épidémiologique

- ◆ Assurer :
  - la tenue correcte des supports de données PTME/VIH
  - la notification des cas de VIH/SIDA/IST
  - l'élaboration et transmission des rapports
  - l'exploitation des dossiers
  - l'analyse et la retro-information

### 1.4 Visite à domicile (en cas de nécessité et de commun accord avec la patiente)

- ◆ Assurer :
  - le soutien moral
  - le conseil à la famille
  - la vérification de l'observance des prescriptions
  - les soins à domicile aux PVVIH
  - les soins palliatifs
  - la mise en contact avec des associations et autres institutions partenaires
  - la collaboration avec les tradipraticiens de la zone
  - la recherche de perdus de vue

## **2. SOINS INFIRMIERS AU NOUVEAU-NE NE DE MERE INFECTEE PAR LE VIH**

### 2.1 IEC à la mère

- ◆ Eduquer la mère sur les soins à donner au nouveau-né
- ◆ Eduquer la mère sur l'alimentation du nouveau né

### 5.2 Soins et suivi

- ◆ Surveiller le développement statur pondéral et psychomoteur de l'enfant : poids, taille, éveil...
- ◆ Vérifier la compliance et l'observance des prescriptions (y compris le mode d'alimentation)
- ◆ Surveiller les éventuels effets secondaires des médicaments
- ◆ Prendre en charge les effets secondaires mineurs et référer en cas d'effets secondaires majeurs
- ◆ Administrer les vaccins selon le calendrier vaccinal
- ◆ Assurer les consultations de nourrisson une (01) fois par mois

## **XI. REFERENCE ET CONTRE REFERENCE**

### **1 REFERENCE D'UNE FEMME ENCEINTE INFECTEE PAR LE VIH**

#### **1.1. Critères de Référence du CSPS au niveau CM/CMA**

- ◆ Persistance ou aggravation des signes d'infection opportuniste
- ◆ Présence de signes de danger pour la grossesse
- ◆ Amaigrissement ou absence de gain de poids pendant la grossesse
- ◆ Complications de la grossesse (menace d'avortement, menace d'accouchement prématuré, accouchement prématuré, HTA et grossesse, pré-éclampsie, dystocie prévisible...)
- ◆ Insuffisance de plateau technique
- ◆ Suspicion de co-infection TB/VIH
- ◆ Nécessité de mettre la femme sous ARV

#### **1.2. Critères de référence du CM/CMA au CHR/CHU**

- ◆ Insuffisance de plateau technique
- ◆ Aggravation de signes d'infection opportuniste
- ◆ Mauvaise réponse clinique malgré un traitement bien conduit y compris par les ARV
- ◆ Absence de personnel qualifié

### **2. REFERENCE D'UN ENFANT NE DE MERE INFECTEE PAR LE VIH**

#### **2.1. Critères de Référence du CSPS au niveau CM/CMA**

- ◆ Infection néonatale
- ◆ Malformation
- ◆ Faible poids de naissance
- ◆ Prématurité
- ◆ Ictère néonatal
- ◆ Suspicion clinique de SIDA (encadré n° 6 )
- ◆ Troubles neurologiques
- ◆ aggravation des signes d'infection opportuniste (cf. prise en charge médicale de l'enfant né de mère infectée par le VIH)
- ◆ test VIH positif chez un enfant

***NB : se conformer aux directives de la PCIME avant de référer (si la PCIME est mise en œuvre dans la formation sanitaire)***

## **2.2. Critères de Référence du CM/CMA au niveau CHR/CHU**

- ◆ Insuffisance de plateau technique
- ◆ Aggravation de signes d'infection opportuniste
- ◆ Absence de personnel qualifié
- ◆ Mauvaise réponse clinique malgré un traitement ARV bien suivi

## **3 CONTRE REFERENCE**

### **3.1. Contre référence des CHU/CHR vers les CM/CMA**

- ◆ remplir et faire acheminer systématiquement les fiches de contre référence au niveau CM/CMA.
- ◆ Conseiller la femme de respecter les rendez-vous de suivi au niveau de la file active pour elle et pour son enfant

### **3.2. Contre référence des CM/CMA vers les CSPS**

- ◆ remplir et faire acheminer systématiquement les fiches de contre référence au niveau CSPS
- ◆ Conseiller la femme de respecter les rendez-vous de suivi au niveau de la file active pour elle et pour son enfant.

## X. PAQUET D'ACTIVITES DU MONDE COMMUNAUTAIRE

*Ces directives sont applicables au monde communautaire à tous les niveaux du système de soins*

### 1 ACTEURS POTENTIELS

- ◆ Hommes
- ◆ Femmes
- ◆ Associations
- ◆ Tradipraticiens
- ◆ Accoucheuses Villageoises
- ◆ Agent de Santé Villageois
- ◆ Personnes vivant avec le VIH
- ◆ Leaders communautaires

### 2. IEC/CCC

- ◆ Donner les informations sur :
  - L'infection à VIH et les autres IST
  - Les modes de transmission en insistant sur la transmission verticale
  - La prévention des infections opportunistes
  - La nécessité du partage du résultat sérologique
  - le dépistage volontaire du partenaire
  - l'hygiène de vie
  - l'alimentation de la mère et de l'enfant
  - le comportement sexuel à moindre risque
  - l'utilisation du préservatif (masculin ou féminin)
  - la nécessité d'accoucher dans un centre de santé
  - les possibilités de prise en charge
  -
- ◆ Promouvoir :
  - le conseil dépistage
  - La fréquentation des femmes aux CPN
  - les alternatives d'alimentation de l'enfant dans la PTME
  - le port du préservatif masculin ou féminin
  - l'utilisation des services de santé
  - l'utilisation de moustiquaire imprégnée
  - le don de sang
  - la lutte contre la stigmatisation et la discrimination
- ◆ Assurer la collecte et la transmission des données aux formations sanitaires

### 3. ACTIVITES DE SUIVI ET DE SOUTIEN

- ◆ effectuer des visites et des soins à domicile
- ◆ effectuer des visites à l'hôpital
- ◆ initier des groupes de parole
- ◆ inciter les familles à soutenir les femmes enceintes séropositives
- ◆ assurer l'accompagnement psychosocial
- ◆ Mener des activités d'aide à l'observance du traitement
- ◆ assurer la recherche des perdus de vue
- ◆ effectuer la référence aux services de santé
- ◆ Contribuer à la réinsertion socio économique
- ◆ assurer l'accompagnement en fin de vie
- ◆ Assurer la collecte et la transmission des données aux formations sanitaires

***NB : renforcer les compétences des acteurs du monde communautaire pour la mise en œuvre de ces activités***

## **XI. PAQUET D'ACTIVITES EN MATIERE DE COMMUNICATION**

### **1. LES ACTEURS POTENTIELS**

- ◆ Représentants des communautés
- ◆ Membres d'associations et ONG
- ◆ Organisation à Base Communautaire
- ◆ Acteurs de PECM, autorités sanitaires
- ◆ Tradipraticiens
- ◆ Leaders politiques, religieux et coutumiers
- ◆ PVVIH et malades du SIDA
- ◆ Média
- ◆ Troupes théâtrales et folkloriques
- ◆ Personnes affectées
- ◆ Société civile

### **2. DOMAINES D'INTERVENTION :**

- ◆ Mobilisation Sociale,
- ◆ Plaidoyer
- ◆ Communication pour le changement de comportement
- ◆ Marketing social

### **3 CANAUX DE COMMUNICATION :**

- ◆ Canaux interpersonnels
  - Counseling,
  - Théâtre forum,
  - Jeu de rôle,
  - Discussion de groupe,
  - Education par les pairs,
  - Appels téléphoniques,
- ◆ Canaux graphiques et audiovisuels  
Affiches, boîtes à images, panneaux, dépliants, cassettes vidéo et audio, gadgets,
- ◆ Les masses média : Radio, Télévision, Films sur la PTME.

### **4) ACTIVITES**

- ◆ Promotion du dépistage auprès des femmes enceintes, des coépouses, des jeunes et adolescents, partenaires,
- ◆ Promotion de la fréquentation des services de santé,
- ◆ Formation/implication des tradipraticiens, des accoucheuses villageoises et des leaders coutumiers et religieux
- ◆ Promotion de l'utilisation des préservatifs
- ◆ Organisation de séances de témoignage,
- ◆ Organisation et animation des groupes de parole,
- ◆ Développement des supports d'information et de sensibilisation.
- ◆ Suivi et évaluation des activités de communication

## D°) CONCLUSION

Ce document de directives constitue un outil de référence pour la mise en œuvre des activités du programme national de prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Il vise à garantir la qualité des prestations en matière d'offre de services de PTME. Par la décentralisation du dépistage et l'administration du traitement prophylactique ARV dans les services de santé de base qu'il préconise, il crée les conditions d'achèvement du passage à l'échelle.

Cependant toutes les règles et instructions proposées dans ce document ont besoin d'être soutenues par une supervision régulière des acteurs à tous les niveaux et un suivi - évaluation des activités du programme.