



MANUEL DE NORMES ET PROCEDURES TECHNIQUES DE PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH

ÉDITION 2021

PREFACE

PREFACE POUR LE DOCUMENT DE NORMES ET PROCEDURES TECHNIQUES PTME

La lutte menée au niveau mondial contre la pandémie du Sida a permis en l'espace de quatre (4) décennies de passer le cap critique en enravant sa propagation. En Côte d'Ivoire, les politiques et stratégies développées dans le Plan Stratégique National de Lutte contre les IST, le VIH et le Sida 2021-2025, pourraient inverser la tendance actuelle de la pandémie afin d'atteindre les objectifs d'accélération de la réponse au sida d'ici à 2025. L'élimination de la Transmission Mère-Enfant du VIH (eTME) est une stratégie très prometteuse pour permettre d'atteindre ces objectifs.

En Côte d'Ivoire, la volonté politique est constante en matière de lutte contre le Sida et le gouvernement s'est engagé dans l'initiative mondiale d'élimination de la Transmission Mère-Enfant du VIH. Dans ce cadre, les directives nationales sont régulièrement révisées pour permettre d'offrir aux femmes enceintes/femmes allaitantes et à leurs familles les soins les mieux adaptés et prenant en compte les dernières avancées dans le domaine.

Ce Manuel de Normes et Procédures Techniques de Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH (PTME) révisé, qui est à sa quatrième édition, est un outil important dans le dispositif de mise en œuvre des interventions de PTME. Ce manuel destiné aux prestataires impliqués dans l'offre de service de PTME (Médecin, Sage-Femme, Infirmier, Travailleur social et Agent de santé communautaire) doit constituer pour cette cible un guide de choix pour une offre de services de qualité aux populations.

Je rends hommage à tous les acteurs de la réponse nationale au Sida qui œuvrent pour l'élimination de cette pandémie.

Je remercie tous les partenaires au développement qui apportent un appui au Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Médicale Universelle.

Je nous exhorte tous, acteurs de la réponse nationale au Sida à redoubler d'efforts pour l'élimination de la Transmission Mère-Enfant du VIH en Côte d'Ivoire.



ABREVIATIONS

AES	Accident d'Exposition au Sang
ARV	Antrétroviraux
ASC	Agent de Santé Communautaire
AZT	Zidovudine
CCCD	Communication pour le Changement de Comportement Durable
CDC	Center for Disease Control
CPN	Consultation Prénatale
CV	Charge Virale
DTG	Dolutegravir
EFV	Efavirenz
FE/FA	Femme Enceinte/Femme Allaitante
FEVVIH	Femme Enceinte Vivant avec le VIH
eTME	Élimination de la Transmission Mère-Enfant du VIH
ETP	Éducation Thérapeutique du Patient
IST	Infection Sexuellement Transmissible
IMC	Indice de Masse Corporelle
LPV/r	Lopinavir Ritonavir
MNPT	Manuel de Normes et Procédures Techniques
NFS	Numération Formule Sanguine
NVP	Nevirapine
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCR	Polymérase Chain Reaction
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PrEP	Prophylaxie PréExposition
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH
PSN	Plan Stratégique National de Lutte contre les IST, le VIH et le sida
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
RDV	Rendez-vous
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SR/PF	Santé de la Reproduction / Planification Familiale
TARV	Traitement Antirétroviral
TB	Tuberculose
TDF	Tenofovir
TLD	Tenofovir Lamivudine Dolutegravir
TLE	Tenofovir Lamivudine Efavirenz
TME	Transmission Mère-Enfant du VIH
TPHA/VDRL	Test de Syphilis
TPI/TPT	Thérapie Préventive à l'Isoniazide/ de la Tuberculose
3TC	Lamivudine
VHB	Virus de l'Hépatite B
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

SOMMAIRE

1

Partie I : Vue d'ensemble du manuel de normes et procédures techniques de PTME 5
I.1 Vue d'ensemble de la PTME en Côte d'Ivoire
I.2 Nouveautés dans le MNPT PTME 2021

2

Partie II : Prévention primaire 9
II.1 Prévention du VIH
II.2 Prévention des grossesses non désirées et désir de procréation chez les femmes séropositives au VIH

3

Partie III : Prévention secondaire, traitement, soins et soutien 13
III.1 Consultations Périnatales
III.2 Travail, accouchement et post partum
III.3 Soins Postnatals
III.4 Soins dans la Communauté

4

Partie IV : Suivi évaluation de la PTME.....29
IV.1 Outils de collecte de données pour la PTME
IV.2 Indicateurs PTME

5

Partie V : Algorithmes et outils de décision39
Protocoles de traitement ARV chez la FE/FA VIH +
Suivi clinique et biologique de la FE/FA VIH +
Algorithme de charge virale de la FE/FA VIH +
Stadification OMS/CDC
Alimentation de l'enfant né de mère séropositive au VIH
Critères de classification du niveau de risque de TME du VIH
Protocoles de prophylaxie ARV de l'enfant exposé
Algorithme de dépistage du VIH chez le nourrisson
CAT pratique chez l'enfant exposé à haut risque de TME du VIH1 et VIH1+2
Coinfection VIH/TB
Coinfection VIH/Hépatite B
Observance du traitement ARV
Syphilis et grossesse
Prophylaxie Pré et Post Exposition
Codification
Dispositif national de soins et soutien

Partie I : Vue d'ensemble du manuel de normes et procédures techniques de PTME

I.1 Vue d'ensemble de la PTME en Côte d'Ivoire

La Côte d'Ivoire fait partie des pays les plus affectés par le VIH/sida en Afrique de l'Ouest avec **428 827** Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) et une prévalence chez les 15-49 ans estimée à **2,39%** en fin 2019 (*Spectrum 2020*). La transmission mère-enfant du VIH avec un taux de **10,93%** en 2019 selon *Spectrum 2020*, demeure un mode de contamination non négligeable mais cependant évitable. Elle est à l'origine de plus de 90% des infections chez l'enfant. Le nombre de nouvelles infections chez les enfants de 0 à 14 ans est estimé à 1 891 selon *Spectrum 2020* et la mortalité parmi tous les enfants infectés est estimée à 1 659 soit 13% de l'ensemble des décès liés au sida.

Pour respecter les engagements pris au niveau international en matière de lutte contre le VIH et le sida et tout particulièrement en matière de Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH (PTME), la Côte d'Ivoire s'est donnée dans son Plan Stratégique National pour objectif d'ici 2025, de valider l'élimination de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (TME) avec l'appui des acteurs communautaires. Cette élimination passe par la fourniture d'un paquet de services de qualité permettant de réduire les risques de transmission mère-enfant du VIH.

La mise en œuvre de la PTME repose sur 4 piliers qui sont :

- La Prévention de l'infection à VIH chez les femmes en âge de procréer
- La Prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH
- La Prévention de la Transmission du VIH d'une femme infectée par le VIH à son enfant
- Le traitement, les soins et le soutien, aux femmes, leurs conjoints et aux enfants vivant avec le VIH et leurs familles.

Avec l'évolution actuelle des connaissances scientifiques et l'instauration du traitement antirétroviral (ARV) à vie chez la femme enceinte, en vue de prévenir la transmission mère-enfant du VIH, les 2 derniers piliers tendent à se confondre.

Par ailleurs, l'OMS recommande aux pays de s'engager dans l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et d'autres maladies telle que la Syphilis et l'Hépatite comme un processus intégré du fait de la similitude des interventions. Cette approche s'impose pour améliorer l'efficacité et la qualité des services de santé de la mère et de l'enfant.

En vue d'assister les prestataires de services et de permettre une harmonisation des pratiques sur le terrain dans l'offre de service de PTME, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique a depuis 2004, mis à disposition un manuel de normes et procédures techniques de la PTME. Ce document est mis à jour pour tenir compte de l'évolution des directives nationales qui sont régulièrement révisées sur la base des recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Suite à la révision des directives VIH de 2019, ce document constitue la quatrième édition du manuel de normes et procédures techniques de la PTME en Côte d'Ivoire. Il prend aussi en compte la thématique de la réponse à la syphilis ainsi que certaines innovations de forme afin de rendre le manuel plus attrayant.

Cette nouvelle édition 2021 du Manuel de normes et procédures techniques de la PTME devra sans nul doute être un outil de base important pour le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS), afin d'améliorer la qualité des services offerts dans un contexte où la Côte d'Ivoire s'engage dans un processus de validation de l'élimination de la TME.

Résultats de la PTME en Côte d'Ivoire

Avec une prévalence du VIH en 2019 de 1,7% chez les femmes enceintes (*Rapport VIH 2019*), le nombre estimé de femmes enceintes infectées par le VIH est de 18 667 en Côte d'Ivoire (*Spectrum 2020*). Les services de PTME sont intégrés dans 94% des établissements sanitaires publics et 2% des établissements sanitaires privés (*Rapport VIH 2019*).

En fin 2019, 97% des femmes enceintes vues en Consultation Prénatale (CPN) avaient bénéficié du dépistage VIH et reçu leur résultat en CPN et en maternité. Cependant, la couverture en CPN1 des grossesses attendues était de 85% mais celle de la CPN précoce (1er trimestre de la grossesse) était de 34% (*Rapport VIH 2019*).

Parmi les Femmes Enceintes Vivant avec le VIH (FEVVIH) estimées, seulement 79% ont été enrôlées dans le traitement ARV, 63% ont accouché dans un établissement sanitaire et 36% ont bénéficié de conseils et/ou d'une méthode de contraception moderne en postnatal (*Rapport VIH 2019*).

Chez les enfants exposés, seulement 63% ont bénéficié de la prophylaxie ARV, 69% du dépistage précoce entre 0 et 9 mois, et 53% du dépistage précoce par PCR VIH avant 2 mois (*Rapport VIH 2019*).

Le taux de TME incluant la période d'allaitement, malgré une réduction de 37,2% par rapport à la valeur de base de 2015, reste encore élevé (10,93% selon *Spectrum 2020*).

Les principaux défis sont :

- Dépister les femmes enceintes au cours du premier trimestre de la grossesse
- Passer à échelle la PTME dans les établissements sanitaires privés
- Dépister précocement les enfants exposés
- Assurer une meilleure intégration de l'offre des services VIH et SR/PF
- Garantir la poursuite du traitement antirétroviral (ARV) chez les femmes enceintes et allaitantes selon les directives nationales
- Garantir la rétention dans les soins du couple mère-enfant jusqu'au statut définitif de l'enfant exposé

1.2 Nouveautés dans le manuel de normes et procédures techniques de PTME 2021

Contenu	MNPT/PTME 2015	MNPT/PTME 2021
Vue d'ensemble	<ul style="list-style-type: none"> • Cibles : Gestionnaires de programme, prestataires de santé, agents de santé communautaire et acteurs sociaux • Traitement séparé des normes et procédures 	<ul style="list-style-type: none"> • Restriction des cibles aux prestataires de santé, agents de santé communautaire et acteurs sociaux • Illustré, coloré, moins de narratif, caractères plus visibles • Intégration d'une partie : Algorithmes et outils de prise de décision • Traitement conjoint des normes et procédures
Prévention primaire		<ul style="list-style-type: none"> • Prophylaxie pré exposition (PrEP) et Prophylaxie post exposition • Cas de désir de procréation
Dépistage du VIH		<ul style="list-style-type: none"> • Auto dépistage, dépistage à partir d'un sujet index

Traitement ARV	<ul style="list-style-type: none"> • Protocoles de traitement tenant compte du type de VIH de la mère 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocoles de traitement plus complexes tenant compte de l'âge de la grossesse à l'enrôlement et du type de VIH de la mère • Orientations sur l'utilisation du Dolutégravir chez la femme en âge de procréer • Cas de la femme déjà sous ARV qui contracte une grossesse • Orientations sur le suivi d'une personne sous traitement ARV
Charge virale		<ul style="list-style-type: none"> • Algorithme de charge virale chez la FE/FA séropositive au VIH
Prophylaxie ARV de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> • Prophylaxie ARV dépendant du type de VIH de la mère 	<ul style="list-style-type: none"> • Concept d'enfant à faible risque et à haut risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant • Prophylaxie ARV plus complexe dépendant du niveau de risque de TME du VIH, du type de VIH de la mère et du poids de l'enfant
Dépistage de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> • 1^{ère} PCR à 6 semaines, sérologie VIH à 9 mois suivie ou non d'une 2^{ème} PCR 	<ul style="list-style-type: none"> • 1^{ère} PCR à 6 semaines, 2^{ème} PCR à 9 mois, sérologie VIH à partir de 18 mois ou 3 mois après l'arrêt de l'allaitement
Alimentation de l'enfant		<ul style="list-style-type: none"> • Prise en compte de l'allaitement comme un critère exposant à un haut risque de TME du VIH
Coinfection VIH/ TB et VIH/Hépatite		<ul style="list-style-type: none"> • Orientations sur la recherche de la Tuberculose (TB) • Thérapie Préventive à l'Isoniazide/ Thérapie Préventive de la Tuberculose (TPI/TPT) • Protocoles de traitement en cas de coinfections VIH/TB et VIH/VHB
Syphilis		<ul style="list-style-type: none"> • Orientation sur le dépistage et le traitement de la syphilis
Santé Mère Enfant	<ul style="list-style-type: none"> • Au moins 4 CPN et 2 consultations postnatales recommandées 	<ul style="list-style-type: none"> • Changement de fréquence et du nombre des CPN (8) et Consultations postnatales (4)

Partie II : Prévention primaire

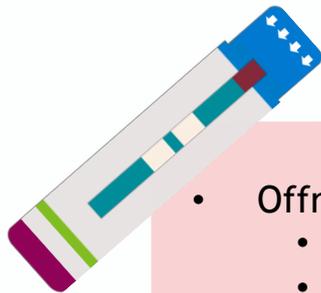
II.1 : Prévention du VIH

Norme :

Toute femme en âge de procréer et son partenaire doivent avoir accès à un ensemble d'informations et de services afin d'éviter les nouvelles contaminations par le VIH.

Qui ?

Femmes en âge de procréer (15-49 ans) de statut VIH inconnu ou VIH négatif et leurs partenaires



Quoi ?

- Offre systématique du dépistage VIH
 - Dépistage du conjoint / en couple
 - Dépistage à partir d'un sujet index (enfants et fratrie)
 - Auto dépistage
- Promotion des pratiques sexuelles à moindre risque
- Diagnostic et traitement des IST (y compris Syphilis)
- Prophylaxie post exposition en cas d'accident d'exposition au sang et liquides biologiques (y compris le viol) (voir **Prophylaxie Pré et Post exposition p 63**)
- Prophylaxie pré exposition pour certaines cibles (voir **Prophylaxie Pré et Post Exposition p 63**)
- Utilisation du préservatif



Où ?

- Centres de santé publics et privés
- Communauté

Par qui ?

Agent de Santé Communautaire (ASC), Sage-femme, Infirmier et Médecin

Dépistage du VIH

• Dépistage par les tests rapides

Par
qui ?

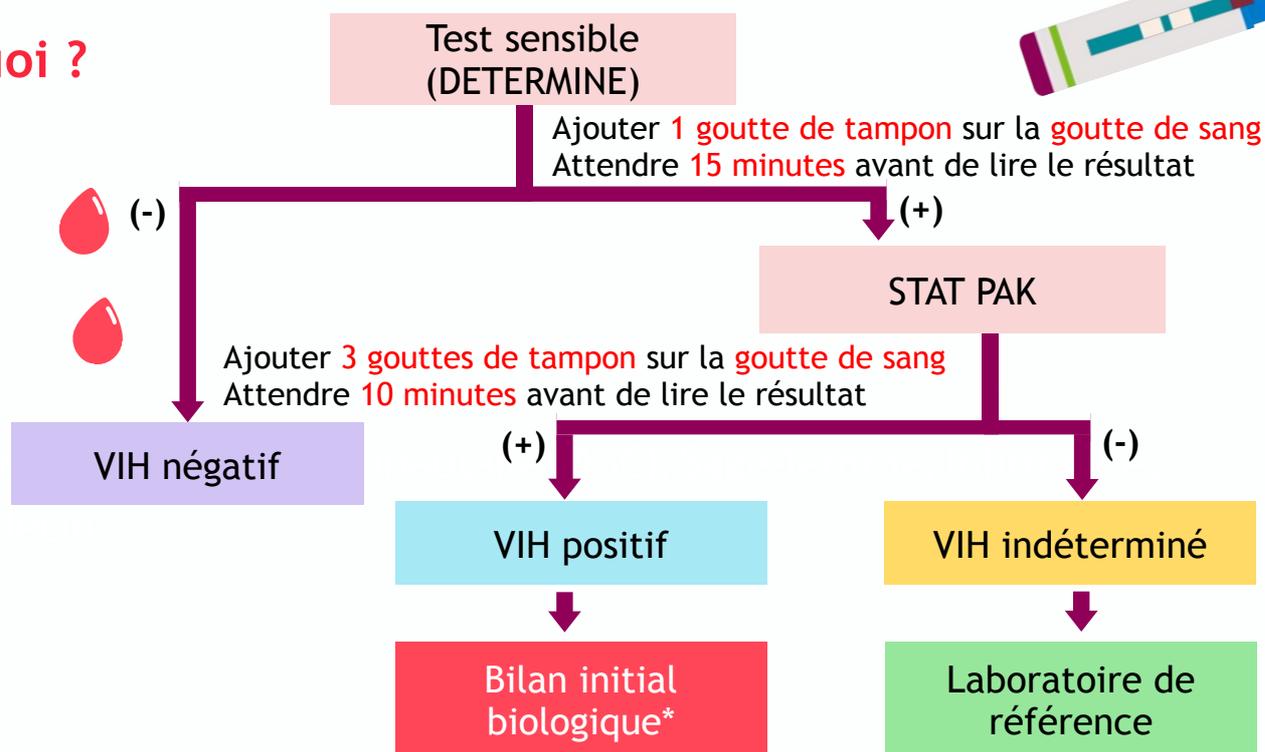
Toute personne formée à la pratique du dépistage

Comment ?

par piqûre au bout du doigt / utilisation test rapides / résultat immédiat / 5 C (Conseil, Consentement, Confidentialité, résultat Correct, Connexion/liens)

Algorithme de dépistage par les tests rapides en CI

Quoi ?



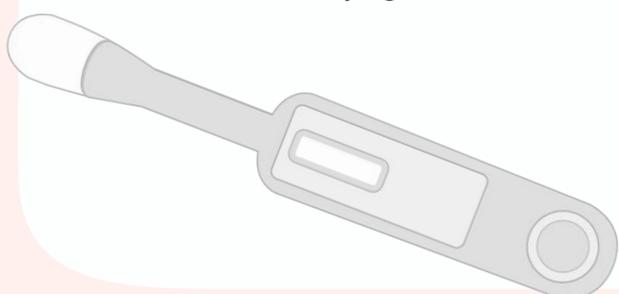
* La discrimination sera réalisée au cours du bilan initial

• Autodépistage

Une personne prélève elle-même l'échantillon (fluide oral ou sang), effectue le test pour le VIH (avec un auto test), puis interprète son résultat, seule ou avec une personne de confiance.

Auto test vendu dans les officines de pharmacie à toute personne âgée d'au moins 16 ans révolus, accompagné de :

- Instructions d'utilisation et d'interprétation des résultats
- Conduite à tenir après avoir lu les résultats
- Services disponibles (prévention VIH, dépistage VIH, soins, traitement et soutien)



II.2 : Prévention des grossesses non désirées et désir de procréation chez les femmes VIH +

Norme :

Toute femme séropositive au VIH a le droit de prendre des décisions éclairées en matière de santé reproductive.

- Echanger régulièrement avec la femme séropositive au VIH sur la contraception /procréation pour lui apporter les informations nécessaires à ses besoins
- Inciter la femme à associer son conjoint aux décisions relatives à la contraception /procréation

Qui ?

Femme VIH + sans désir de grossesse immédiat et dans le futur

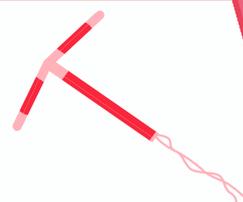
Femme VIH + sans désir de grossesse immédiat mais avec désir dans le futur

Quoi ?

- Méthode contraceptive hormonale : Contraceptifs oraux, injectables et Méthodes Contraceptives de longue durée (implants et dispositifs intra-utérins) pour prévenir la grossesse

ET

- Préservatif masculin ou féminin systématiquement en vue de prévenir les IST et le VIH



Où ?

- Centres de santé publics et privés
- Communauté

Par qui ?

ASC, Travailleur social, Sage-femme, Infirmier et Médecin

Qui ?

Femme séropositive au VIH avec désir de procréation

Quoi ?

Discuter et programmer les étapes avec la cliente/le couple avant la conception

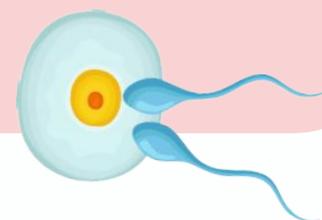
S'assurer que les conditions suivantes sont remplies:

- Connaître le statut sérologique VIH du conjoint
- Diagnostiquer et traiter les comorbidités y compris la Syphilis
- Initier/adapter le traitement ARV et apporter un soutien à l'adhérence au traitement pour le ou les partenaires infectés (protocole contenant Dolutégravir déconseillé chez la femme)
- Maintenir la charge virale (CV) supprimée 6 mois avant la conception (2 CV à 6 mois d'intervalle supprimées)
- Poursuivre l'utilisation du préservatif



Procéder à la phase de conception si toutes les conditions préalables sont remplies, à travers les méthodes suivantes :

- Rapport sexuel non protégé programmé pendant la période d'ovulation / Prévoir une prophylaxie pré exposition discontinuée pour le conjoint non infecté au VIH (voir Prophylaxie Pré et Post Exposition p 63)
- Insémination intra vaginale



NB : En cas de grossesse confirmée faire la 1^{ère} CPN avant 12 semaines et poursuivre l'utilisation systématique du préservatif.

En cas de CV non supprimée, consulter un spécialiste de l'Assistance Médicale à la Procréation pour envisager une insémination intra utérine ou une Fécondation in Vitro (FIV).

Où ?

- Centres de santé publics et privés

Par qui ?

Sage-femme, Maïeuticien, Infirmier et Médecin

Partie III : Prévention secondaire traitement, soins et soutien

III.1 Consultations prénatales

Normes :

- Toute femme enceinte doit réaliser au moins 8 Contacts/Consultations Prénatales (CPN) pendant la grossesse, dont la première avant 12 semaines (8-12^{ème}, 20^{ème}, 24^{ème}, 30^{ème}, 34^{ème}, 36^{ème}, 38^{ème} et 40^{ème} semaine)
- Tout risque identifié lors du suivi prénatal doit faire l'objet d'une prise en charge adéquate
- Toute femme enceinte séropositive au VIH doit recevoir un traitement ARV à vie

Objectifs :

- Identifier toute infection à VIH et atteindre la suppression virale
- Identifier et traiter tout cas de Syphilis ou autre IST

Consultations Prénatales

Communication pour le Changement de Comportement Durable (CCCD)



Offrir des séances éducatives sur la maternité à moindre risque

- Les avantages de la CPN précoce
- L'importance de l'implication du conjoint dans le suivi de la grossesse
- La reconnaissance des signes de danger
- Les IST et le VIH/ sida (la PTME, le traitement ARV à vie, le dépistage du partenaire et des enfants etc)
- Le paludisme
- La vaccination
- L'accouchement dans un centre de santé
- La planification familiale
- L'alimentation et le suivi de la croissance du futur nouveau-né etc



CPN Standard



- Accueillir la femme et la mettre à l'aise et en confiance
- Mener l'interrogatoire à la recherche des antécédents, des signes d'alerte, de danger et des signes de complications
- Procéder à l'examen clinique (mesure des paramètres, mensurations, auscultation, examen au spéculum et toucher vaginal)
- Effectuer/Prescrire le bilan prénatal (groupage sanguin, taux d'hémoglobine, électrophorèse d'hémoglobine, TPHA et VDRL ou test rapide Syphilis, albuminurie, glycosurie, glycémie et échographie)
- Prescrire l'AgHBs pour le dépistage de l'Hépatite virale B
- Procéder à la vaccination antitétanique
- Préparer le plan individuel d'accouchement et de prise en charge des complications
- Remettre l'ordonnance ou dispenser les médicaments (Fer et Acide folique, Déparasitant, MILDA, etc)



Dépistage du VIH



- Proposer le test de dépistage du VIH à toute femme enceinte séronégative au VIH ou de statut inconnu (voir Algorithme de dépistage du VIH p 10)
- Toute femme ayant refusé le dépistage à la CPN1 doit se voir proposer un dépistage du VIH à chaque contact jusqu'à ce qu'elle accepte
- Faire la promotion / offrir le dépistage du partenaire ou du couple et référer en cas de besoin (remettre une invitation pour le conjoint)
- Faire la promotion / offrir le dépistage VIH pour les autres enfants de la femme et référer en cas de besoin

Dépistage du VIH



- Offrir des conseils adaptés aux résultats
 - Si femme enceinte dépistée négative au VIH
 - Renforcer le conseil post-test en vue de la maintenir négative
 - Informer la femme qu'un autre test sera fait au moment de l'accouchement
 - Si femme enceinte dépistée séropositive au VIH
 - Renforcer le conseil post-test
 - Enrôler la cliente dans les soins (ouverture du dossier/ attribution d'un numéro d'identification unique de Prise en charge etc) (voir Codification p 64)

Traitement ARV



- Toute femme séropositive au VIH déjà sous traitement ARV et qui contracte une grossesse doit continuer le protocole ARV en cours si celui-ci montre son efficacité et est bien toléré (voir Protocoles de traitement ARV chez la FE/FA VIH + p 39)
 - La prise en charge de cette femme se poursuivra dans le service de CPN ou un dossier lui sera ouvert tout en gardant son numéro unique d'identification (code de prise en charge) et des ARV lui seront servis tous les mois (femme enceinte considérée comme patient non stable)
 - S'assurer que la femme a été notifiée « transférée » dans son ancien service de prise en charge
- Toute femme enceinte nouvellement diagnostiquée séropositive au VIH doit être mise sous traitement ARV quel que soit le stade clinique et sans attendre le résultat du bilan initial (voir Protocoles de traitement ARV chez la FE/FA VIH + p 39)
- Informer la femme de la périodicité et des procédures de renouvellement des ARV
- Insister sur la nécessité d'atteindre à travers une bonne observance du traitement, la suppression virale qui est très importante pour la réduction du risque de Transmission du VIH de la mère à l'enfant
- Préparer la femme enceinte à un suivi communautaire

Bilan de suivi clinique



- A la CPN1, l'examen clinique permet de classer la cliente selon la stadification OMS/CDC (voir Stadification OMS/CDC p 44)
- A chacune des autres CPN, l'examen clinique en plus de ce qui est prévu pour la CPN permettra :
 - La recherche systématique de la TB et des IST
 - Le renforcement de l'observance au traitement (voir Observance du traitement ARV p 55)
 - L'évaluation de l'état nutritionnel (poids/taille/IMC)
 - La recherche d'infections opportunistes



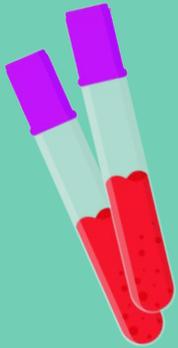
Bilan initial et bilan de suivi biologique



- Le bilan initial est réalisé dès la connaissance du statut séropositif (Sérologie VIH contrôle et typage, Numération CD4, NFS, ALAT, Créatinémie, Glycémie)
- Le bilan de suivi est réalisé tous les 6 mois à partir du bilan initial, cela pendant 1 an, puis il sera réalisé tous les 12 mois. Cependant en fonction des ARV contenu dans le protocole certains examens se feront à d'autres fréquences (voir Suivi clinique et biologique de la FE/FA VIH + p 41)
- Le prélèvement de sang pour le bilan de suivi y compris la CV, se fait au pli du coude dans 3 types de tubes et dans l'ordre suivant :
 - Tube sec (tube rouge) : ALAT, Créatinémie
 - Tube EDTA (tube violet) : NFS, CD4 et charge virale
 - Tube à fluorure d'oxalate (tube gris) : Glycémie

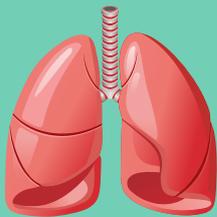
Ces tubes doivent être acheminés au laboratoire de référence dans les 24h

Suivi de la Charge virale (CV)



- Toute femme séropositive au VIH déjà sous traitement ARV et qui contracte une grossesse avec la dernière CV réalisée depuis plus de 3 mois ou sans CV doit réaliser une CV à la CPN 1
- Toute femme enceinte nouvellement diagnostiquée séropositive au VIH doit faire une CV 3 mois après l'initiation du traitement ARV
- Une CV doit être réalisée obligatoirement au 3ème trimestre de la grossesse sauf si la CV précédente date de moins de 3 mois
- La conduite à tenir thérapeutique sera fonction du résultat de la CV (voir Algorithme de charge virale chez la femme enceinte et allaitante VIH+ p 43)

Recherche, prévention et CAT en cas de comorbidité : Tuberculose (TB) et Hépatite B



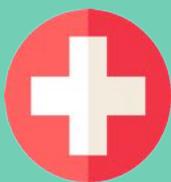
- Rechercher à l'interrogatoire et à l'examen des signes évocateurs de TB (toux, expectoration muqueuse et/ou purulente, fièvre vespérale, sueurs nocturnes, perte de poids involontaire, présence d'adénopathies périphériques, notion de contagé tuberculeux)
- En l'absence de signe de TB, toute femme enceinte séropositive doit bénéficier d'une Thérapie Préventive à l'Isoniazide/ Thérapie Préventive de la TB (TPI/TPT)
- La TPI/TPT doit être prescrite dès la CPN1 quel que soit le terme de la grossesse, commencer 15 jours après le début du traitement ARV, et doit durer 6 mois (voir Coinfection VIH/TB p 52)
- Les femmes sous TPI/TPT avant la grossesse doivent poursuivre leur TPI/TPT
- La TPI/TPT doit être associée à la prise de vitamine B6
- Rassurer la femme sur le fait que la TPI/TPT ne représente aucun danger pour l'allaitement
- En cas de TB confirmée, adapter le traitement ARV (Voir Coinfection VIH/TB p 52) et assurer une prise en charge conjointe
- Le dépistage de l'hépatite B se fait par la recherche de l'Ag HbS

Le traitement des coinfections est réservé au médecin

Prévention de la transmission de la Syphilis

- Toute femme enceinte doit réaliser dans son bilan prénatal le test de dépistage de la Syphilis (TPHA et VDRL ou test rapide) (voir Syphilis et grossesse p 61)
- Si le test est positif,
 - Traiter la cliente pour Syphilis/ Ulcération génitale à l'aide du kit ULGEN comprenant :
Ceftriaxone, 500 mg, 1 amp en IM unique dans une fesse
Benzathine Benzylpénicilline, 2,4 M UI, 1 amp en IM unique dans l'autre fesse
 - Expliquer la nécessité de traiter le/les partenaires
 - Revoir la cliente le 10^{ème} jour : si pas d'amélioration référer vers un médecin ou vers une structure de niveau IST 2

Prévention des infections opportunistes



- Initier systématiquement chez les femmes enceintes séropositives, sans préjuger de la valeur des CD4, la prophylaxie au Cotrimoxazole et cela à partir du 2^{ème} trimestre de grossesse
Cotrimoxazole (800/160 mg)], 1 cp en une prise unique par jour
- Il n'est pas indiqué de prescrire de la **Sulfadoxine + Pyriméthamine** (SP) lorsque la femme enceinte est mise sous prophylaxie au cotrimoxazole

Soins et soutien



- Soutien psychologique: Orientation vers un groupe d'auto support
- Soutien social: Aide à l'hygiène
- Soutien médical : Education Thérapeutique du Patient (ETP), Conseil à l'observance du traitement
- Soutien nutritionnel et alimentaire : Evaluation et conseils nutritionnels pour la mère, Conseils en alimentation de l'enfant (voir Alimentation de l'enfant né de mère séropositive au VIH p 46)

NB: Les soins et soutien aux PVVIH se donnent selon le besoin du patient (voir Dispositif national de soins et soutien p 65)

Documentation



Outils de collecte de données utilisés:

- Registre CPN
- Registre de dépistage du VIH par les tests rapides
- Dossier Individuel du Client
- Registre PTME de suivi Mère-Enfant
- Registre TARV
- Carnet de santé mère-enfant
- Agenda de gestion des rendez-vous

NB : Dès que le diagnostic de séropositivité est posé, ouvrir un dossier client et attribuer un numéro unique de prise en charge

Où ?

- Centres de santé publics et privés
- Communauté

Par qui ?

Sage-femme, Maïeuticien, Infirmier et Médecin

III.2 Travail, accouchement, post-partum

Normes :

- Toute femme enceinte doit bénéficier d'un accouchement assisté par un personnel qualifié
- Toute complication du travail, de l'accouchement et du post-partum doit faire l'objet d'une prise en charge adéquate
- Tout enfant exposé au VIH doit recevoir une prophylaxie ARV dès la naissance

Objectifs :

- Donner naissance à un nouveau-né en bonne santé avec une mère en bonne santé
- Minimiser les risques de transmission intra et post-partum du VIH de la mère à l'enfant

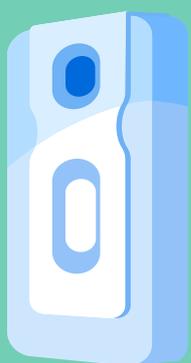
Travail, accouchement et post partum Mère

Soins Standards



- Accueillir la parturiente et la mettre à l'aise et en confiance
- Poser le pronostic de l'accouchement (revue du carnet, interrogatoire et examen)
- Apporter un soutien psychologique à la parturiente
- Suivre le travail à l'aide du partogramme et prendre une décision rapide suivant les données
- Assurer la surveillance post-partum immédiat
- Organiser la référence en cas de signe de danger

Dépistage du VIH



- Vérifier le statut sérologique VIH dans le carnet
 - Si positif, s'enquérir du traitement ARV en cours, de la prise journalière et remettre le traitement en cas d'oubli
 - Si le statut VIH négatif date de plus de trois mois ou est inconnu : proposer un test de dépistage du VIH
 - Si elle refuse, renouveler la proposition du test de dépistage jusqu'à ce qu'elle accepte avant sa sortie de la maternité
 - Proposer le dépistage du conjoint et des enfants biologiques si femme séropositive au VIH

NB : Cela est aussi valable pour les femmes ayant accouché à domicile

Traitement ARV



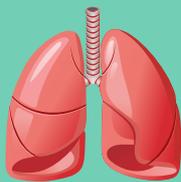
- Si le résultat du test de dépistage en salle d'accouchement est positif,
- Initier immédiatement le traitement ARV (voir Protocoles de traitement ARV chez la FE/FA VIH+ p 39)
- Remettre ensuite la dotation d'ARV pour 1 mois et informer sur les procédures de réapprovisionnement en ARV

Accouchement



- La voie d'accouchement n'est pas conditionnée par le statut VIH de la femme
- En cas d'accouchement par voie basse, appliquer des pratiques obstétricales non invasives
 - Eviter les touchers vaginaux répétés et la rupture artificielle de la poche des eaux avant 7 cm de dilatation du col
 - Eviter les versions
 - Eviter l'épisiotomie, sauf nécessité
 - Eviter la traction du cordon
 - Eviter l'aspiration du nouveau-né, sauf nécessité
- Encourager le contact peau à peau avec le bébé et initier l'allaitement exclusif pour celles qui en font l'option

Recherche et prévention de la Tuberculose (TB)



- Rechercher à l'interrogatoire et à l'examen des signes évocateurs de TB (toux, expectoration muqueuse et/ou purulente, fièvre vespérale, sueurs nocturnes, perte de poids involontaire, présence d'adénopathies périphériques, notion de contage tuberculeux)
- En présence signes de TB, confirmer le diagnostic de la Tuberculose et référer pour la mise sous traitement antituberculeux
- En l'absence de signe de TB, donner une Thérapie Préventive à l'Isoniazide/Thérapie Préventive de la tuberculose pendant 6 mois **voir Coinfection VIH/TB p 52**

Le traitement des coinfections est réservé au médecin

Prévention des infections opportunistes

- Initier systématiquement ou poursuivre la prophylaxie au **Cotrimoxazole** (800/160 mg)^{}}}, 1 cp en une prise unique par jour

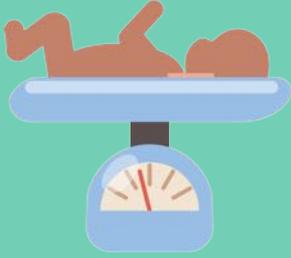
Soins et soutien



- Soutien médical : Conseil à l'observance du traitement, Education Thérapeutique du Patient (ETP)
- Soutien psychologique: Conseil psychologique, prise en charge psychologique au besoin, orientation vers un groupe d'auto support
- Soutien social: Aide à l'hygiène
- Soutien nutritionnel et alimentaire (Evaluation et conseils nutritionnels pour la mère, Conseils et assistance pour l'alimentation de l'enfant **(voir Alimentation de l'enfant né de mère séropositive au VIH p 46)**)

Nouveau né de mère séropositive au VIH

Soins Standards



- Evaluer l'indice d'APGAR à la première et à la cinquième minute
- Peser et mesurer le nouveau-né
- Examiner le nouveau-né à la recherche d'anomalies congénitales et de trouble du tonus
- Rechercher des signes de danger (respiration, coloration, cordon, température)
- Administrer les vaccins (BCG et Polio O, Dose de naissance Hépatite), la vitamine K1 et le Collyre antiseptique

Classification de l'enfant exposé

- Evaluer le risque d'exposition de l'enfant à la naissance et le classer (voir Critères de classification du niveau de risque de TME du VIH p 48)
 - Enfant exposé à faible risque de TME du VIH
 - Enfant exposé à haut risque de TME du VIH

Prophylaxie ARV de l'enfant exposé au VIH



- Démarrer la prophylaxie de l'enfant exposé au VIH en fonction du niveau de risque d'exposition attribué à l'enfant, du sérotype VIH de la mère et du poids de l'enfant dans les 72 premières heures de vie (voir Protocoles de Prophylaxie ARV de l'enfant exposé p 49)
- Approvisionner pour 6 semaines

Documentation Mère et Enfant



Outils de collecte de données utilisés :

- Registre d'accouchement
- Registre de dépistage du VIH par les tests rapides
- Dossier individuel du client
- Registre PTME de suivi Mère-Enfant
- Registre TARV
- Carnet de santé mère-enfant
- Agenda de gestion des rendez-vous

Où ?

Centres de santé publics et privés

Par qui ?

Sage-femme, Maïeuticien, Infirmier et Médecin

III.3 Soins Postnatals

Normes :

- Toute femme séropositive au VIH doit poursuivre son traitement ARV pendant la période postnatale et à vie
- Tout enfant exposé au VIH doit recevoir une prophylaxie ARV
- Toute femme doit bénéficier d'au moins 4 consultations pendant la période postnatale
- Le suivi du couple mère-enfant doit se faire au point de prestation de service de santé maternelle et infantile jusqu'à la connaissance du statut VIH définitif de l'enfant

Objectifs :

- Maintenir la femme dans les soins
- Atteindre et maintenir la suppression virale

Soins postnatals pour la mère

Mère	J3	J7	J14	S6	M3	M6	M9	M12	M18
Soins standards 	Rechercher des signes de danger (saignement, infection, douleur, fuite urinaire, poussée hypertensive, etc.)								
	Donner des conseils en PF, vaccination, etc.								
Dépistage VIH 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proposer le dépistage VIH à toute mère de statut inconnu n'ayant pas été testée au cours de la grossesse et de l'accouchement ▪ Proposer le dépistage des partenaires sexuels et des enfants biologiques si femme séropositive au VIH (index testing) 								
Traitement ARV 	Pour les femmes nouvellement dépistées positives au VIH pendant la période postnatale, initier le traitement ARV								
	Pour les femmes déjà sous traitement ARV poursuivre le traitement et insister sur l'importance de la suppression virale								
	S'assurer que la femme est maintenue dans les soins et atteint la suppression virale durable								
	Approvisionner en ARV pour 1 mois								
	Rechercher des infections opportunistes permettant de reclasser la cliente selon la classification OMS ou CDC lors du suivi clinique								

Mère	J3	J7	J14	S6	M3	M6	M9	M12	M18
 <p>Surveillance de la CV</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pour les femmes nouvellement mises sous traitement ARV, faire une charge virale 3 mois après initiation du traitement. Le suivi de la charge virale se fait en fonction du résultat (voir Algorithme CV chez la FE/FA VIH + p 43) ▪ Si couple sérodifférent et charge virale non supprimée, proposer la PrEP au conjoint (voir Prophylaxie Pré et Post Exposition p 63) <p>NB: La suppression virale est indispensable pour la santé de la mère, de l'enfant et de la famille</p>						<p>Pour les femmes qui étaient sous traitement avant l'accouchement, le suivi de la charge virale se fait en fonction de la date de réalisation et du résultat de la dernière charge virale (voir Algorithme CV chez la FE/FA VIH + p 43)</p>			

 <p>Soins et soutien</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Soutien psychologique ▪ Soutien social ▪ Soutien médical (Rechercher des signes de TB, s'assurer de la prise correcte de la TPI/TPT et du cotrimoxazole, distribuer les préservatifs, proposer une méthode de contraception moderne, etc.) ▪ Soutien nutritionnel et alimentaire (évaluation et conseils nutritionnels, assistance à l'alimentation de l'enfant, etc.) <p>NB: les soins et soutiens aux PVVIH se donnent selon le besoin du patient (voir dispositif national des soins et soutien p 65)</p>									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Soins post natals pour l'enfant né de mère séropositive au VIH

Enfant	J3	J7	J14	S6	M3	M6	M9	M12	M18	
Soins standards	Rechercher des signes de danger (alimentation, respiration, infection, convulsion, motricité, ictère etc.)									
	Vacciner au besoin et selon le calendrier PEV									
Dépistage du VIH				Prélever pour PCR1 (voir p 50)			Prélever pour PCR2 (voir p 50)	Faire un dépistage par tests rapides (voir p 50)		

Enfant	J3	J7	J14	S6	M3	M6	M9	M12	M18
Prophylaxie ARV 	Continuer la prophylaxie ARV tenant compte du niveau de risque de TME de l'enfant exposé, du sérotype VIH de la mère et du poids de l'enfant pendant 6 semaines (voir p 49)								
	NB: Pour tout enfant exposé à haut risque de TME du VIH1 et VIH1+2 et allaité, donner 6 semaines complémentaires de NVP si la PCR1 est négative (voir p 49) Approvisionnement pour 6 semaines à S6								
Autres soins	Assurer le suivi de la croissance de l'enfant								
	Apporter un soutien à l'alimentation de l'enfant								
	Vacciner l'enfant selon le calendrier du PEV								
Documentation Mère et Enfant 	Outils de collecte de données utilisés: Registre de Consultations Postnatales Registre de dépistage du VIH par les tests rapides Dossier individuel du client Registre PTME de suivi Mère-Enfant Registre TARV Carnet de santé mère-enfant Agenda de gestion des RDV								

NB : Un enfant né de mère séropositive au VIH diagnostiqué séropositif au VIH doit immédiatement être mis sous traitement ARV

Où ?

- Centres de santé publics et privés
- Communauté

Par qui ?

Sage-femme, Maïeuticien, Infirmier, et Médecin

III.4 Soins dans la communauté

Normes :

- Les soins dans la communauté doivent être offerts par les agents de santé communautaire, les conseillers communautaires, les travailleurs sociaux et parfois les prestataires de santé
- Les acteurs communautaires doivent provenir de la communauté concernée par les soins
- Les acteurs communautaires doivent travailler en étroite collaboration avec les prestataires de santé de l'aire sanitaire concernée et leur rapporter les informations collectées



Visite à domicile de la femme en âge de procréer

- Echanges sur les avantages de la planification familiale
- Recherche d'utilisation d'une contraception fiable, si non, lui en proposer ou l'orienter vers un centre de santé en cas de besoin
- Recherche de désir de maternité
- Recherche de signes de grossesse si pas de contraception
- Recherche de signes d'IST (écoulement, ulcération génitale) et référence vers un centre de santé le cas échéant
- Proposition du test de dépistage du VIH à la femme sexuellement active et à son partenaire (y compris l'auto dépistage)
- Promotion de l'utilisation du préservatif/ démonstration du port correct du préservatif
- Conseil pour une alimentation saine

Encourager la femme enceinte à faire des consultations prénatales (CPN) dans un établissement de santé

- Identifier précocement la grossesse
- Recommander de faire 8 CPN pendant la grossesse dont la première avant 12 semaines
- Rechercher des femmes enceintes qui ont manqué les RDV CPN et procéder à la référence accompagnée



Identifier les femmes enceintes séropositives au VIH

- Vérifier que la femme enceinte a été dépistée. Si non, lui proposer le test de dépistage du VIH
- Proposer le dépistage du conjoint quel que soit le résultat du dépistage de la femme
- Encourager au dépistage des enfants biologiques et des autres partenaires sexuels si femme séropositive au VIH (index testing)



Prévenir la transmission mère-enfant du VIH, la TB, la Syphilis et les autres IST

- Fournir des informations sur le VIH, la Syphilis, les autres IST, et la TB
- S'assurer de la disponibilité et de la prise régulière et correcte des ARV, du cotrimoxazole et de la TPI/TPT par la mère
- Insister sur l'importance de la suppression de la charge virale
- Echanger sur les options d'alimentation de l'enfant et sur les risques liés à l'allaitement
- Rechercher des signes évocateurs d'IST et de TB
- S'assurer du dépistage de la Syphilis chez les femmes enceintes
- Recommander le port correct et systématique du préservatif
- S'assurer de la disponibilité et de la prise régulière et correcte de la prophylaxie ARV par l'enfant exposé

Faire la promotion de l'accouchement dans un établissement de santé

- Informer sur les avantages d'accoucher avec l'assistance de personnel qualifié et dans un établissement de santé
- Informer la femme et son entourage sur les signes de travail et les signes de danger
- Encourager la femme et son entourage à planifier l'accouchement (moyen de transport, accompagnant, besoins etc.)

Offrir des soins postnatals pour la mère et l'enfant

- Rechercher des saignements, une infection, une mastite et une dépression
- Rechercher des signes de tuberculose chez la mère et l'enfant
- Soutenir l'allaitement exclusif (prise du sein et positionnement du bébé)
- Prévenir les IST
- Soutenir la bonne observance du traitement ARV et préventions (TPI/TPT, cotrimoxazole, prophylaxie ARV) chez la mère et l'enfant
- Veiller au respect des RDV (PCR, CV)
- Vérifier le bon développement de l'enfant

Où ? • Communauté

Par qui ? ASC, Travailleur social

Partie IV: Suivi Evaluation de la PTME

IV.1 Outils de collecte de données pour la PTME

Outils de collecte de données pour les activités cliniques

- Outils de collecte de données PTME

- Registre de Consultations Périnatales (CPN)
- Registre de dépistage du VIH par les tests rapides
- Dossier individuel client
- Registre PTME de suivi Mère-Enfant
- Registre TARV
- Registre d'accouchement
- Registre de Consultation Postnatale (CPoN)
- Carnet de santé mère-enfant
- Rapport mensuel des activités de l'établissement
- Agenda de gestion des rendez-vous

- Autres outils de collecte permettant de capter des informations pour la PTME

- Registre/Logiciel de laboratoire
- Registres de dispensation adulte et enfant
- SIGDEP2

IV.2 Indicateurs PTME

Indicateurs PTME cliniques

La fréquence de collecte de tous ces indicateurs cliniques est quotidienne avec une compilation mensuelle.

NB: Les indicateurs PTME communautaires sont en cours de validation

PTME_01	Nombre de femmes enceintes reçues en CPN 1 et se connaissant déjà séropositives au VIH
Définition	C'est le nombre de femmes enceintes se sachant séropositives au VIH avant la première consultation prénatale (CPN 1)
Objectif	Apprécier la survenue de grossesse chez les femmes séropositives au VIH
Désagrégation	NA
Utilité	Améliorer le planning familial chez les femmes séropositives au VIH
Sources de collecte	Registre CPN
Mode de calcul	Additionner toutes les femmes enceintes reçues pour la première fois en CPN et se connaissant déjà séropositives au VIH
PTME_02	Nombre de femmes enceintes déjà sous ARV et reçues en CPN1
Définition	C'est le nombre de femmes enceintes positives au VIH qui ont initié et sont encore sous traitement antirétroviral avant la grossesse en cours
Objectif	Apprécier le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant Apprécier la prise en charge par les ARV des femmes séropositives au VIH en âge de procréer
Désagrégation	NA
Utilité	Sensibiliser les femmes en âge de procréer séropositives au VIH à l'observance du traitement
Sources de collecte	Registre CPN, Dossier individuel du client, Registre TARV, Registre de dispensation
Mode de calcul	Additionner toutes les femmes enceintes VIH positives sous traitement ARV avant la grossesse

PTME_03	Nombre de femmes enceintes conseillées et testées pour le VIH et qui ont reçu leur résultat du test VIH en CPN 1
Définition	C'est le nombre total de femmes enceintes venues pour leur première CPN ayant bénéficié d'un conseil, d'un test de dépistage du VIH et qui ont reçu leur résultat quel que soit l'âge de la grossesse
Objectif	Mesurer la réalisation du conseil et dépistage dans les services de consultations prénatales
Désagrégation	NA
Utilité	Apprécier la capacité du programme à offrir les services de dépistage VIH à toutes les femmes enceintes à la première consultation prénatale
Sources de collecte	Registre CPN, Registre de dépistage par les tests rapides
Mode de calcul	Additionner toutes les femmes enceintes conseillées, testées et qui ont reçu leur résultat à la première consultation prénatale

PTME_04	Nombre de femmes enceintes/allaitantes conseillées et testées pour le VIH, qui ont reçu leur résultat du test VIH
Définition	C'est le nombre de femmes enceintes/allaitantes conseillées et dépistées pour le VIH dans la structure (CPN, maternité, postnatal) et qui ont reçu le résultat du test (cas de retesting exclus)
Objectif	Mesurer la réalisation du conseil et dépistage du VIH dans les services de santé maternelle et infantile
Désagrégation	Type de consultation : CPN Maternité Postnatal
Utilité	Assurer la prise en charge des femmes enceintes/allaitantes ayant reçu leur résultat
Sources de collecte	Registre CPN, Registre d'accouchement, Registre CPoN, Registre de dépistage par les tests rapides
Mode de calcul	Additionner toutes les femmes enceintes/allaitantes conseillées et testées pour le VIH qui ont reçu le résultat du test

PTME_05	Nombre de femmes enceintes/ allaitantes séronégatives au VIH ayant bénéficié d'un retesting
Définition	C'est le nombre de femmes enceintes/ allaitantes séronégatives au VIH retestées en CPN (dernier trimestre de la grossesse), en maternité ou en postnatal
Objectif	Apprécier la séroconversion et les nouvelles infections chez les femmes enceintes et allaitantes
Désagrégation	Type de consultation : CPN Maternité Postnatal
Utilité	Assurer la prise en charge des nouvelles infections chez les femmes enceintes Sensibiliser sur les mesures de prévention du VIH
Sources de collecte	Registre de CPN, registre d'accouchement, Registre CPoN, Registre de dépistage par les tests rapides
Mode de calcul	Additionner toutes les femmes enceintes séronégatives au VIH retestées en CPN (dernier trimestre de la grossesse), en maternité et en Postnatal
PTME_06	Nombre de femmes enceintes/allaitantes dépistées positives au VIH
Définition	C'est le nombre de femmes enceintes/allaitantes qui ont bénéficié d'un test de dépistage pour le VIH dans la structure (CPN, maternité et postnatal) et dont le résultat du test est positif (y compris les FE/FA dépistées positives lors des retesting)
Objectif	Apprécier la fréquence de survenue du VIH chez les femmes enceintes/allaitantes
Désagrégation	Type de consultation : CPN Maternité Postnatal
Utilité	Assurer la prise en charge des femmes enceintes/allaitantes dépistées positives au VIH Orienter les stratégies de prévention de l'infection à VIH
Sources de collecte	Registre CPN, Registre d'accouchement, Registre CPoN, Registre PTME de suivi Mère-Enfant, Registre de dépistage par les tests rapides
Mode de calcul	Additionner toutes les femmes enceintes/allaitantes testées pour le VIH en CPN, en maternité et en postnatal et dont le résultat du test est positif

PTME_07	Nombre de femmes enceintes/allaitantes séropositives au VIH nouvellement mises sous ARV
Définition	C'est le nombre de femmes enceintes/allaitantes VIH positives qui initient la prise des ARV au cours de la grossesse, à l'accouchement ou en postnatal
Objectif	Apprécier la mise sous ARV des femmes enceintes/allaitantes séropositives au VIH
Désagrégation	Type de consultation : CPN Maternité Postnatal
Utilité	Assurer la prise en charge médicamenteuse des femmes enceintes/allaitantes séropositives au VIH Fournir les soins et soutien aux FE/FA vivant avec le VIH
Sources de collecte	Dossier individuel du client, Registre TARV, Registre de dispensation, registre PTME de suivi mère-enfant, Registre CPN, Registre d'accouchement, Registre CPoN
Mode de calcul	Additionner toutes les femmes enceintes/allaitantes séropositives au VIH qui ont initié le traitement ARV dans le mois
PTME_08	Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH sous traitement ARV chez qui le résultat de la charge virale est \leq 1000 copies/ml dans le dernier trimestre de la grossesse
Définition	C'est le nombre de femmes enceintes séropositives au VIH chez qui un test de mesure de la charge virale a été fait dans le dernier trimestre de la grossesse et dont le résultat est inférieur ou égal à 1000 copies/ml (suppression de la charge virale)
Objectif	Evaluer le risque de transmission mère-enfant du VIH
Désagrégation	NA
Utilité	Apprécier l'adhérence au traitement ARV Adapter la prophylaxie ARV de l'enfant exposé
Sources de collecte	SIGDEP 2, Registre de laboratoire, Registre TARV, Dossier individuel du client, Registre PTME de suivi Mère-Enfant
Mode de calcul	Additionner toutes les femmes séropositives au VIH sous ARV chez qui le résultat de la charge virale est \leq 1000 copies/ml dans le dernier trimestre de la grossesse (suppression de la charge virale)

PTME_09	Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH dont l'accouchement a été enregistré au cours du mois (accouchement dans l'établissement/accouchement à domicile)
Définition	C'est le nombre de femmes enceintes séropositives au VIH ayant accouché dans l'établissement ou à domicile et qui se sont faites enregistrer dans l'établissement sanitaire dans un délai de soixante-douze heures (72 heures)
Objectif	Mesurer l'offre de service de soins aux femmes enceintes séropositives au VIH et aux enfants exposés
Désagrégation	NA
Utilité	Améliorer la PEC des femmes enceintes séropositives et des enfants exposés
Sources de collecte	Registre d'accouchement, Registre PTME suivi Mère-Enfant
Mode de calcul	Additionner tous les accouchements de femmes séropositives au VIH réalisés dans l'établissement sanitaire et à domicile (72 heures)
PTME_10	Nombre d'enfants nés vivants de mères séropositives au VIH
Définition	C'est le nombre d'enfants nés vivants de mère VIH positif dans un établissement sanitaire ou à domicile (en dehors d'une structure sanitaire, y compris ceux vus après 72 heures)
Objectif	Déterminer le nombre d'enfants exposés au VIH
Désagrégation	NA
Utilité	Améliorer la PEC des enfants exposés
Sources de collecte	Registre d'accouchement, Registre PTME de suivi mère-enfant, Registre CPoN
Mode de calcul	Additionner tous les enfants nés vivants dans un établissement sanitaire ou à domicile de mères séropositives au VIH

PTME_11	Nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH ayant reçu des ARV dans les 72 h après la naissance
Définition	C'est le nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH à qui la prophylaxie antirétrovirale (ARV) a été administrée dans les 72h après la naissance
Objectif	Apprécier la prise en charge des enfants exposés au VIH
Désagrégation	NA
Utilité	Améliorer la prise en charge précoce des enfants nés de mères séropositives au VIH
Sources de collecte	Registre d'accouchement, Registre PTME de suivi mère-enfant, Registre de dispensation enfant, SIGDEP 2
Mode de calcul	Additionner tous les enfants nés de mères séropositives au VIH au cours du mois et ayant reçu les ARV dans les 72 h après la naissance

PTME_12	Nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH initiant la prophylaxie au Cotrimoxazole avant 02 mois
Définition	C'est le nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH, d'âge inférieur à deux (02) mois, mis effectivement sous Cotrimoxazole
Objectif	Apprécier le nombre d'enfants exposés au VIH mis sous Cotrimoxazole Prévenir les infections opportunistes chez les enfants exposés
Désagrégation	NA
Utilité	Quantifier les besoins en Cotrimoxazole pédiatrique
Sources de collecte	Registre PTME de suivi Mère-Enfant, SIGDEP 2, Registre de dispensation Enfant
Mode de calcul	Additionner tous les enfants d'âge inférieur à deux mois, nés de mères séropositives au VIH, initiant la prophylaxie au cotrimoxazole

PTME_13	Nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH dépistés précocement (avant 02 mois)
Définition	C'est le nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH d'âge inférieur à 02 mois, ayant bénéficié d'un test de dépistage précoce pour la PCR 1 ou 1 ^{ère} PCR (Polymerase Chain Reaction)
Objectif	Apprécier l'offre de service de dépistage précoce
Désagrégation	NA
Utilité	Améliorer la prise en charge des enfants exposés
Sources de collecte	Registre PTME de suivi Mère-Enfant, SIGDEP 2
Mode de calcul	Additionner tous les enfants d'âge inférieur à 02 mois, nés de mères séropositives au VIH, chez qui un test de dépistage par PCR a été effectué pour la PCR 1
PTME_14	Nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH dépistés précocement (02 à 09 mois)
Définition	C'est le nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH d'âge compris entre 02 et 09 mois, ayant bénéficié d'un test de dépistage précoce pour la PCR 1 ou 1 ^{ère} PCR (Polymerase Chain Reaction)
Objectif	Apprécier l'offre de service de dépistage précoce
Désagrégation	NA
Utilité	Améliorer la prise en charge des enfants exposés
Sources de collecte	Registre PTME de suivi Mère-Enfant, SIGDEP 2
Mode de calcul	Additionner tous les enfants d'âge compris entre 02 et 09 mois, nés de mères séropositives au VIH, chez qui un test de dépistage par PCR a été effectué pour la PCR 1

PTME_15	Nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH dépistés tardivement (10 à 18 mois)
Définition	C'est le nombre d'enfants nés de mères séropositives, d'âge compris entre 10 et 18 mois ayant bénéficié d'un test de dépistage (PCR ou sérologie) NB: sont exclus ceux ayant bénéficié d'une 1 ^{ère} PCR entre 0 et 9 mois
Objectif	Apprécier l'offre de service de dépistage aux enfants nés de mères séropositives au VIH
Désagrégation	NA
Utilité	Sensibiliser les mères séropositives au dépistage précoce du VIH Quantifier les intrants de dépistage
Sources de collecte	Registre PTME de suivi Mère-Enfant, SIGDEP 2
Mode de calcul	Additionner tous les enfants nés de mères séropositives au VIH dépistés tardivement (entre 10-18 mois d'âge)
PTME_16	Nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH, dépistés VIH positif
Définition	C'est le nombre d'enfants nés de mères séropositives dont les résultats des tests VIH sont positifs
Objectif	Améliorer la prise en charge des enfants infectés au VIH
Désagrégation	NA
Utilité	Quantifier les formes pédiatriques des ARV Accroître la sensibilisation des femmes enceintes séropositives sur l'observance au traitement Sensibiliser les mères sur l'intérêt d'accoucher en milieu hospitalier pour réduire la transmission mère-enfant
Sources de collecte	Registre PTME de suivi Mère-Enfant
Mode de calcul	Additionner le nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH, dépistés VIH positif

PTME_17	Nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH, dépistés VIH positif, nouvellement mis sous traitement ARV
Définition	C'est le nombre d'enfants nés de mères séropositives dont les résultats des tests VIH sont positifs et qui ont effectivement démarré un traitement ARV
Objectif	Apprécier la mise sous ARV des enfants infectés par le VIH
Désagrégation	NA
Utilité	Assurer la prise en charge de l'enfant infecté
Sources de collecte	Registre PTME de suivi Mère-Enfant, Dossier individuel du client, Registre de Traitement ARV, Registre de dispensation enfant, SIGDEP2
Mode de calcul	Additionner tous les enfants nés de mères séropositives au VIH dépistés VIH positif qui ont effectivement démarré un traitement ARV
PTME_18	Nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH, dépistés positifs et référés vers un autre établissement offrant la PEC
Définition	C'est le nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH qui ont été dépistés positifs au VIH et qui ont fait l'objet d'une référence vers un autre établissement sanitaire pour leur prise en charge (y compris le traitement ARV) NB: Les références internes entre services d'un même établissement de santé ne sont pas concernées)
Objectif	Apprécier la prise en charge des enfants infectés
Désagrégation	NA
Utilité	Mesurer l'extension de l'offre de service de PEC des enfants infectés par le VIH
Sources de collecte	Registre PTME de suivi Mère-Enfant
Mode de calcul	Additionner tous les enfants nés de mères séropositives au VIH qui ont été dépistés positifs au VIH et qui ont fait l'objet d'une référence vers un autre établissement sanitaire pour leur prise en charge

Partie V : Algorithmes et outils de décision

Protocoles de traitement ARV chez la femme enceinte/allaitante VIH+

Traitement de 1ère ligne

Femme enceinte dépistée positive au VIH au premier trimestre de grossesse

Si VIH1 : TDF 300mg +3TC 300mg + EFV 400mg



Soir : (TDF 300mg +3TC 300mg + EFV 400mg) = (1 cp de TLE)

Si VIH2 ou VIH1+2 : TDF 300mg +3TC 300mg + LPV/r 200/50mg



Matin : (TDF 300mg +3TC 300mg) (1 cp) + LPV/r 200/50mg (2 cp)



Soir : LPV/r 200/50mg (2 cp)



Femme enceinte dépistée positive au VIH à partir du deuxième trimestre de grossesse, à l'accouchement ou pendant l'allaitement

Si VIH1, VIH2 ou VIH1+2 : TDF 300mg +3TC 300mg + DTG 50mg



Soir : (TDF 300mg +3TC 300mg + DTG 50mg) = (1 cp de TLD)

Femme ayant contracté une grossesse sous traitement ARV



Continuer le protocole en cours si celui-ci montre son efficacité

Traitement de 2ème et de 3ème ligne

- La prescription du traitement de 2^{ème} ligne se fait par le médecin dans les centres de santé.
- La prescription du traitement de 3^{ème} ligne est réservée au centre de référence (Service des Maladies Infectieuses du CHU de Treichville)

Dolutégravir et Grossesse

DTG recommandé chez les femmes enceintes VIH+ à partir du deuxième trimestre de grossesse car :

- Risque de malformation du tube neural minimisé
- Efficacité virologique
- Facilité d'utilisation de la combinaison TLD
- Bonne tolérance
- Risque de résistance réduit

Dolutégravir chez la femme en âge de procréer

Pour une prise de décision éclairée, eu égard au risque de malformation du tube neural au premier trimestre de grossesse, les femmes avec un potentiel de grossesse doivent :

- Être impérativement informées des risques et avantages du DTG
- Bénéficier de conseils pour une contraception éventuelle

NB : la prescription du DTG est faite sans coercition

Suivi clinique et biologique de la femme enceinte/allaitante VIH+

Calendrier de suivi clinique des femmes enceintes/allaitantes VIH+

TYPE D'EXAMEN	J0	M 1	M 3	M 6	M 9	M 12
Examen clinique complet dont le but est de rechercher une infection opportuniste permettant de classer (J0) ou de reclasser la patiente selon la classification de l'OMS ou du CDC ou d'apprécier le retentissement de la prise médicamenteuse	X	X	X	X	X	X
Recherche systématique de la tuberculose sera réalisée au début et à chaque visite du patient	X	X	X	X	X	X
Examen gynécologique systématique sera réalisé pour rechercher des lésions précancéreuses avec IVA (Inspection Visuelle avec application d'acide acétique)	X					X
Offre de services en soins et soutien selon les besoins identifiés	X	X	X	X	X	X
Examen anthropométrique pour évaluer l'état nutritionnel de la patiente (poids/taille/IMC)	X		X	X	X	X

Calendrier de suivi biologique des femmes enceintes et allaitantes VIH+

BILAN	Type d'examen	M0	M1	M3	M6	M12	M18	M24
BILAN INITIAL	Sérologie VIH	X						
	Numération CD4	X						
	NFS	X						
	ALAT	X						
	Créatininémie	X						
	Glycémie	X						
BILAN DE SUIVI	Bandelette urinaire**			X	X	X	X	X
	Numération CD4				X	X	X	X
	NFS (AZT) ***			X	X	X	X	X
	ALAT (NVP ou DTG) ****		X	X	X	X	X	X
	Créatininémie				X	X	X	X
	Glycémie				X	X	X	X
	AgHBs *							
	Charge Virale	Confère algorithme de CV chez la femme enceinte et allaitante VIH+						

*La recherche de l'Ag Hbs se fera chez les patients en échec sous le schéma de première ligne recommandé par le programme national

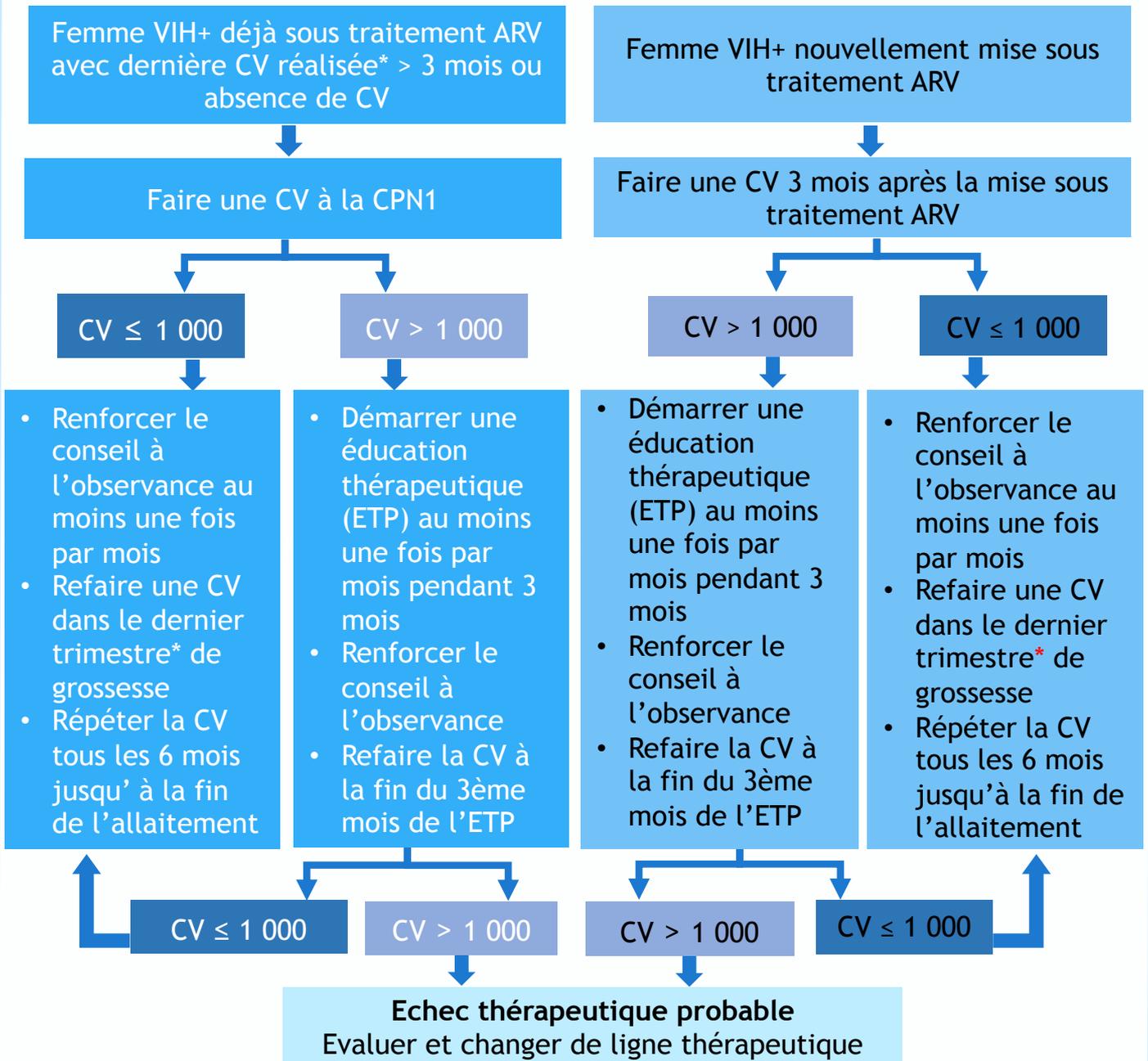
** L'utilisation de la bandelette urinaire est recommandée pour mesurer la protéinurie chez les sujets sous Ténofovir (avant initiation puis tous les 3 mois)

*** Le contrôle du taux de l'Hb se fera dès M3 pour tout patient mis sous AZT

**** Le contrôle de l'ALAT se fera dès M1 pour tout patient sous NVP ou DTG

Algorithme de la Charge Virale (CV) de la femme enceinte/allaitante VIH+

Intérêt de la surveillance de la Charge virale : S'assurer de la suppression virale pour minimiser le risque de transmission du virus de la mère à l'enfant.



NB: Dans tous les cas, la grossesse étant un état de vulnérabilité, la CV doit être faite systématiquement chez toutes les femmes au dernier trimestre de la grossesse afin d'évaluer le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant et déterminer la prophylaxie ARV à initier chez le nouveau né.

*Pour celles qui ont une CV réalisée, inférieure à 3 mois, tenir compte de la valeur de cette CV pour l'interprétation.

Stadification OMS et CDC

Classification OMS adulte et adolescent

Stade I	Stade IV
Patient asymptomatique	Syndrome cachectique lié au VIH
Adénopathies persistantes généralisées	Pneumopathie à <i>Pneumocystis carinii</i>
Primo-infection aiguë à VIH en cours	Tuberculose extra-pulmonaire certaine ou probable
Stade II	Sarcome de Kaposi
Perte de poids < 10% du poids corporel involontaire	Toxoplasmose cérébrale
Dermite séborrhéique	Cryptosporidiose accompagnée de diarrhée > 1 mois
Prurigo typique	Isosporose accompagnée de diarrhée > 1 mois
Atteinte fongique des ongles	Septicémie à salmonelles non typhiques
Ulcérations buccales récurrentes	Candidose de l'œsophage, de la trachée, des bronches ou des poumons
Chéleite angulaire (perlèche)	Herpès cutanéomuqueux > 1 mois
Zona	Mycobactériose atypique généralisée
Infections récidivantes des voies respiratoires supérieures	Herpès viscéral quelle que soit la durée, ou infection viscérale à CMV
Stade III	Cryptococcose extra-pulmonaire
Perte de poids ≥ 10% du poids corporel involontaire	Lymphome
Diarrhée chronique inexpliquée en cours et ≥ 1 mois	Leucoencéphalopathie multifocale progressive ou encéphalopathie à VIH
Fièvre prolongée inexpliquée (intermittente ou constante) > 1 mois	Histoplasmose ou coccidioidomycose
Candidose buccale typique	Degré d'activité 4 : patient alité plus de 50% de la journée
Leucoplasie chevelue buccale typique	
Tuberculose pulmonaire certaine ou probable	
Infection bactérienne sévère (pneumopathie, salpingite, septicémie, pyélonéphrite, prostatite...)	
Candidose vulvo-vaginale chronique (> 1 mois) ou répondant incomplètement au traitement	

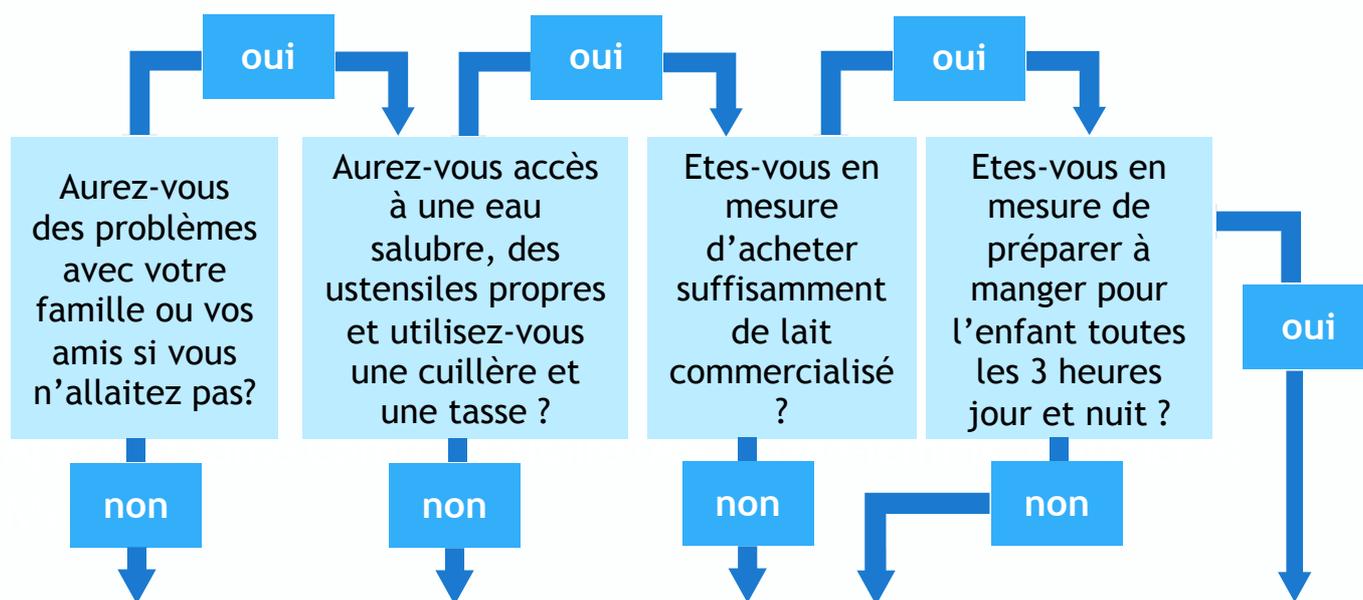
Classification CDC adulte et adolescent

Catégorie A	Catégorie C
Asymptomatique	Candidose bronchique, trachéale ou pulmonaire
Primo-infection	Candidose œsophagienne
Lymphadénopathie généralisée persistante	Cancer invasif du col
Catégorie B	Cryptococcose extra pulmonaire
Candidose oro-pharyngée	Cryptosporidiose intestinale > 1 mois
Candidose vaginale persistante, fréquente	Rétinite à CMV
Dysplasie du col	Toxoplasmose cérébrale
Fièvre ou diarrhée > 1 mois	Syndrome cachectique lié au VIH
Leucoplasie chevelue de la langue	Leuco encéphalopathie multifocale progressive
Zona récurrent	Isosporose intestinale chronique > 1 mois
Purpura thrombocytopénique idiopathique	Sarcome de Kaposi
Neuropathie périphérique	Histoplasmose disséminée
	Infection à <i>Mycobacterium tuberculosis</i>
	Infection à <i>Mycobacterium avium</i> ou <i>kansasii</i>
	Pneumonie à <i>Pneumocystis jiroveci</i>
	Pneumopathie bactérienne récurrente
	Septicémie à <i>Salmonella</i> non typhique récurrente
	Lymphome cérébral primaire
	Catégorie C
	Candidose bronchique, trachéale ou pulmonaire
	Candidose œsophagienne
	Cancer invasif du col
	Cryptococcose extra pulmonaire

Alimentation de l'enfant né de mère séropositive au VIH

- Allaitement exclusif de 0 à 6 mois
- Alimentation de remplacement exclusive de 0 à 6 mois si les conditions sont AFADS (Abordable, Faisable, Acceptable, Durable et Sûre) sont réunies

Guide d'évaluation des conditions AFADS pour une alimentation de remplacement



Conseiller la mère sur l'allaitement exclusif

Soutenir l'alimentation de remplacement exclusive

Pratique et durée de l'allaitement

Nourrisson non infecté par le VIH ou avec statut VIH inconnu :

- De 0 à 6 mois : allaitement exclusif
- Dès 6 mois : alimentation de complément appropriée
- Poursuivre l'allaitement jusqu'à l'âge de 1 an

Nourrisson infecté par le VIH :

- De 0 à 6 mois : allaitement exclusif
- Dès 6 mois : alimentation de complément appropriée
- Poursuivre l'allaitement jusqu'à l'âge de 2 ans ou plus



Modalités d'arrêt de l'allaitement

- Arrêt brutal de l'allaitement n'est pas recommandé
- Arrêt de l'allaitement doit se faire progressivement sur une période d'un mois à partir de 6 mois
 - Réduire le nombre de tétées et les remplacer par du lait 2ème âge qui sera donné à la tasse
 - Introduire l'alimentation de complément

NB : Si la mère décide d'arrêter l'allaitement, s'assurer que les conditions AFADS sont réunies.

Critères de classification du niveau de risque de TME du VIH

Enfant exposé à <u>faible risque</u> de TME du VIH	Enfant exposé à <u>haut risque</u> de TME du VIH
Mère sous Traitement ARV tout le long de la grossesse jusqu'à l'accouchement	Mère diagnostiquée séropositive au VIH en salle d'accouchement ou dans le post partum immédiat
Mère sous Traitement ARV au moins 4 semaines avant l'accouchement	Mère sous TARV moins de 4 semaines avant l'accouchement
Mère avec CV disponible \leq 1000 copies/ml au 3 ^{ème} trimestre de la grossesse	Mère avec CV disponible $>$ 1000 copies/ml au 3 ^{ème} trimestre de la grossesse
Mère ayant eu un accouchement sans complication	Mère ayant eu un accouchement avec complication (hémorragie intra-partum, placenta prævia, hématome rétro placentaire, accouchement par extraction instrumentale) et si l'enfant a bénéficié de mesures de réanimation (aspiration traumatique)
Mère ayant fait l'option de l'alimentation de remplacement	Mère ayant choisi l'option d'allaiter son enfant (mise au sein)

NB : Si la mère présente un seul des critères de la colonne « Enfant exposé à haut risque de TME du VIH », alors l'enfant est dit « enfant exposé à haut risque »

Protocoles de Prophylaxie ARV de l'enfant exposé

Posologie et formes galéniques pour la prophylaxie ARV chez l'enfant exposé à faible risque de TME du VIH

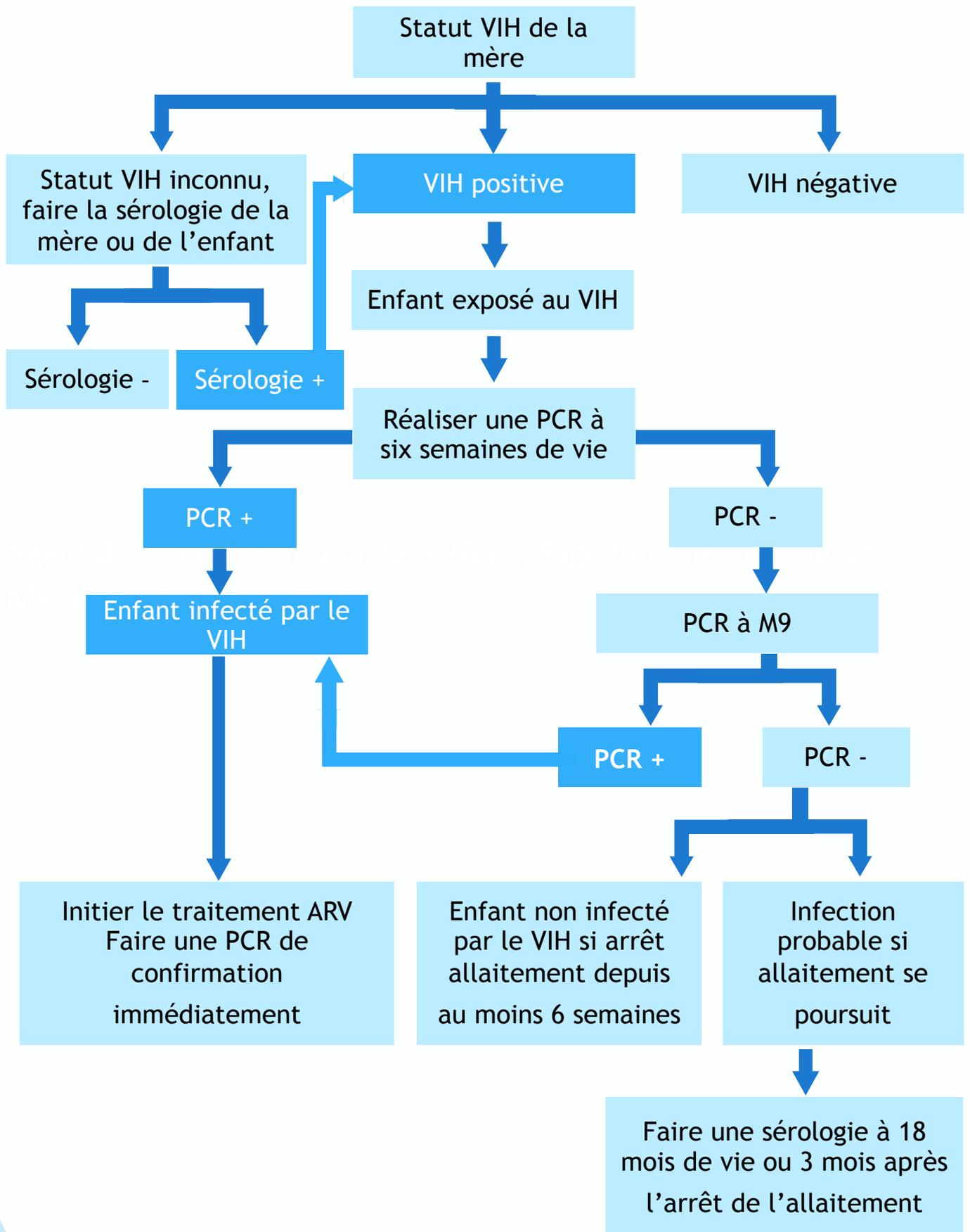
Type VIH de la mère	Molécules	Poids	Posologie	Durée
VIH1	Névirapine (NVP) sirop	< 2 kg	0,5 ml/jour	6 semaines
		[2 kg -2,5 kg [1ml/jour	
		≥ 2,5 kg	1,5 ml/jour	
VIH2 ou VIH1+2	Zidovudine (AZT)	< 2 kg	0,5 ml deux fois /jour	6 semaines
		[2 - 2,5 kg [1ml deux fois/jour	
		≥ 2,5 kg	1,5 ml deux fois/jour	

Posologie et formes galéniques pour la prophylaxie ARV chez l'enfant exposé à haut risque de TME du VIH

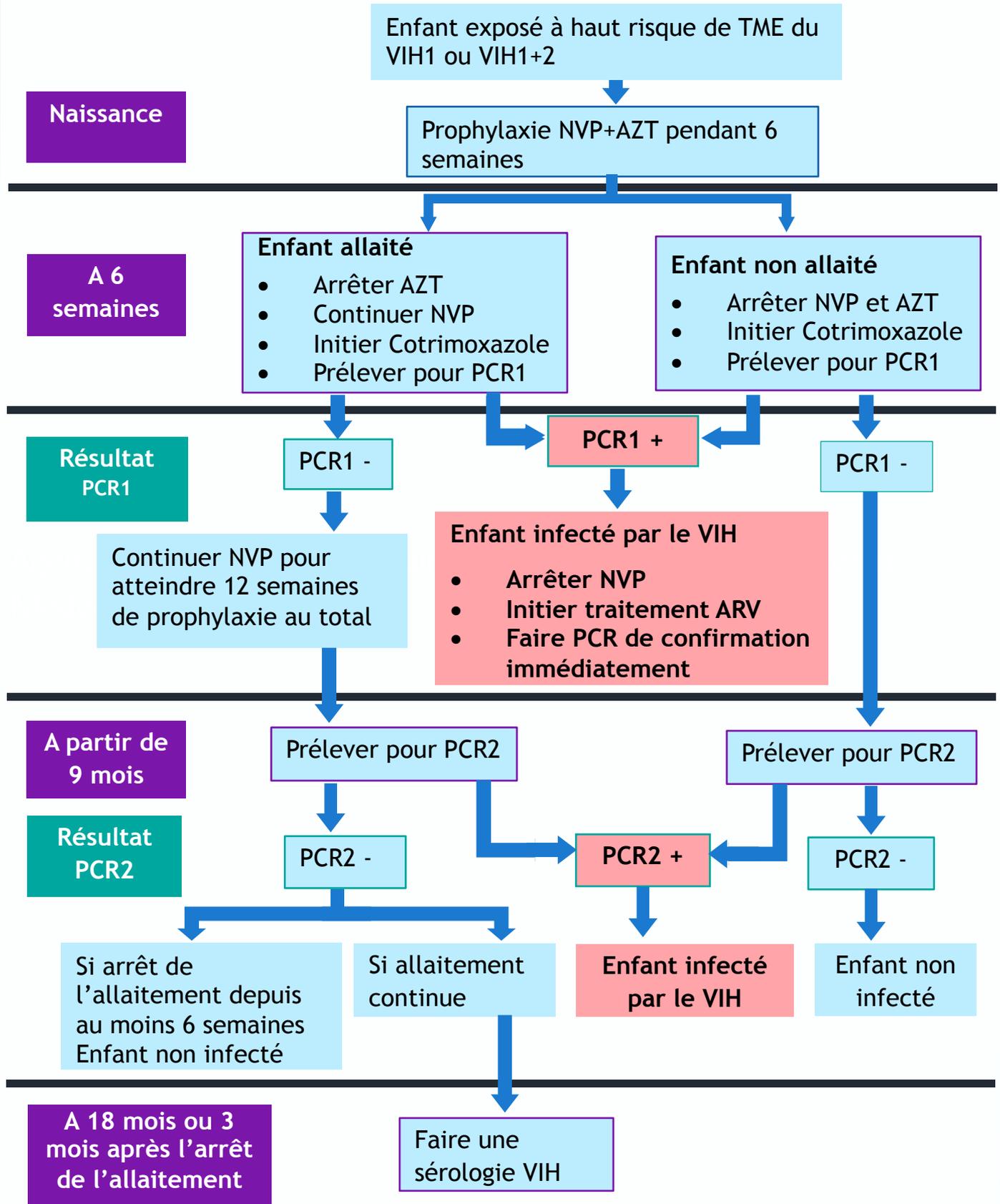
Type de VIH de la mère	Molécule ARV	Posologie		Durée	
VIH1 ou VIH1+2	NVP + AZT	NVP	< 2 kg	0,5 ml/jour	06 semaines supplémentaires de NVP après une PCR négative chez les enfants allaités
			[2 kg -2,5 kg [1ml/jour	
			≥ 2,5 kg	1,5ml/jour	
	AZT	< 2 kg	0,5 ml deux fois /jour		
		[2 - 2,5 kg [1ml deux fois/jour		
		≥ 2,5 kg	1,5 ml deux fois/jour		
VIH2	AZT	< 2 kg	0,5 ml deux fois /jour	06 semaines	
		[2 - 2,5 kg [1ml deux fois/jour		
		≥ 2,5 kg	1,5 ml deux fois/jour		

NB : Après la naissance, cette prophylaxie devrait être initiée le plus tôt possible. Passé les 72 premières heures de vie, nous recommandons l'initiation de cette prophylaxie car le nouveau-né pourrait à ce moment ne pas avoir encore été contaminé par sa mère.

Algorithme pour le dépistage du VIH chez le nourrisson



CAT pratique chez l'enfant exposé à haut risque de TME du VIH1 et VIH1+2



Coinfection VIH/TB

Thérapie Préventive à l'Isoniazide/ Thérapie Préventive de la Tuberculose (TPI/TPT)

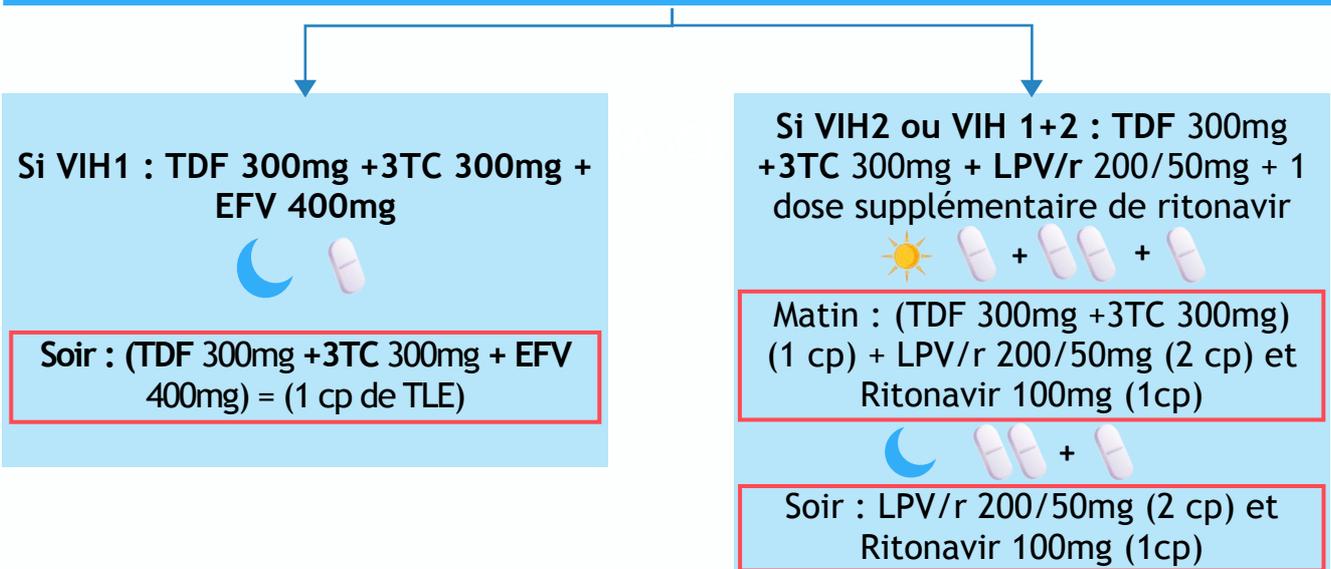
- Isoniazide (INH) 300 mg : 1 cp/ jour le matin pendant une durée de 6 mois + Pyridoxine (vit B6) 50 mg : 1 cp/ jour pendant 6 mois le matin.
NB: Pyridoxine (Vit B6) permet de réduire le risque de survenue d'une neuropathie périphérique.
- La TPI doit démarrer 2 semaines (15 jours) après la mise sous TARV

Protocole de traitement ARV en cas de Coinfection VIH/TB

Le traitement ARV débutera 2 semaines après l'initiation du traitement antituberculeux.

En cas de tuberculose neuro-méningée, le traitement ARV sera initié après un mois de traitement antituberculeux correctement suivi.

Femme enceinte coinfectée VIH/TB au premier trimestre de grossesse



Femme enceinte coinfectée VIH/TB à partir du deuxième trimestre de grossesse, à l'accouchement ou pendant l'allaitement

VIH1, VIH2 ou VIH1+2 : TDF 300mg + 3TC 300mg + DTG 50mg + une dose supplémentaire de DTG



Soir : (TDF 300mg + 3TC 300mg + DTG 50mg) = (1 cp de TLD) + 1 dose supplémentaire de DTG 50mg, 12 heures après la prise de TLD

NB : Dose supplémentaire de DTG et ritonavir nécessaire car les antituberculeux réduisent la biodisponibilité de ces 2 molécules.

CAT Pratique en cas de coinfection VIH/TB

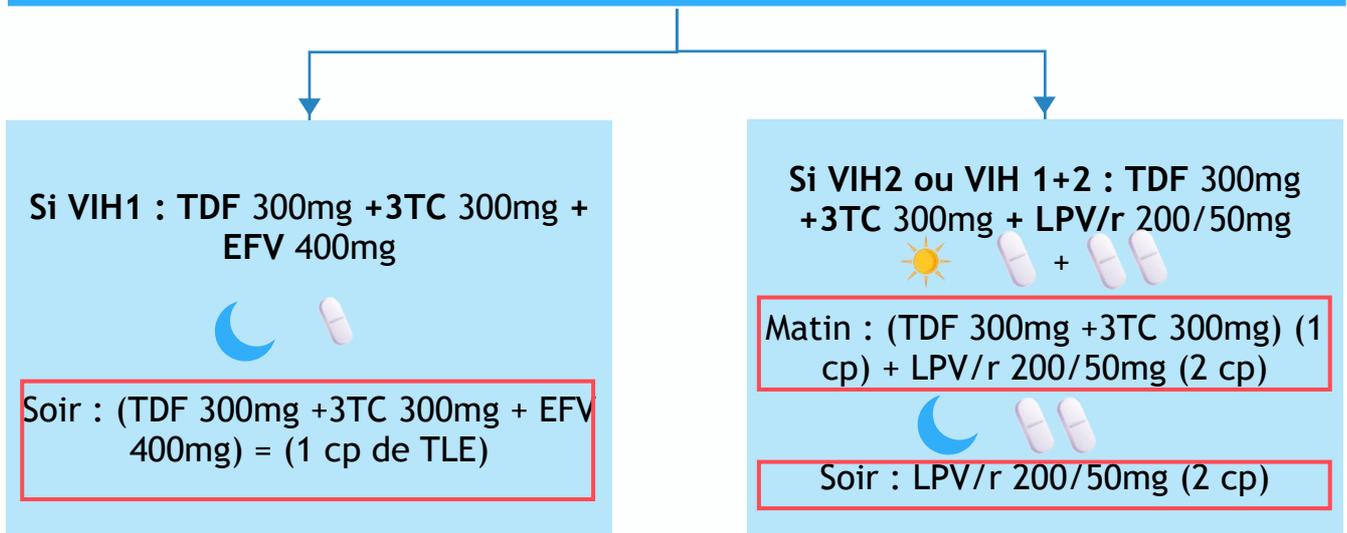
Age de la grossesse au moment du diagnostic de Coinfection	Protocole ARV au moment du Diagnostic de Coinfection	Conduite à tenir
<p>1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème} Trimestre de grossesse, accouchement ou postnatal</p> <p>/</p> <p>Femme VIH 1</p>	<p>Soir : TLE (1 cp)</p>	<p>Poursuivre TLE à la même dose pendant la grossesse et au-delà</p>
<p>1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème} Trimestre de grossesse, accouchement ou postnatal</p> <p>/</p> <p>Femme VIH 2 ou VIH 1+2</p>	<p>Matin : (TDF 300mg +3TC 300mg) (1 cp) + LPV/r 200/50mg (2 cp)</p> <p>Soir : LPV/r 200/50mg (2 cp)</p>	<p>Matin : (TDF 300mg +3TC 300 mg) (1 cp) + LPV/r 200/50mg (2 cp) et Ritonavir 100mg (1 cp)</p> <p>Soir : LPV/r 200/50mg (2 cp) et Ritonavir 100mg (1 cp)</p> <p>Soit une dose supplémentaire de Ritonavir à chaque prise jusqu'à la guérison de la TB</p>
<p>2^{ème} et 3^{ème} Trimestre de grossesse, accouchement ou postnatal</p> <p>/</p> <p>Femme VIH 1 ou VIH 2 ou VIH 1+2</p>	<p>TLD (1 cp)</p>	<p>TLD (1 cp) + 1 dose supplémentaire de DTG 50mg, 12 heures après la prise de TLD jusqu'à la guérison de la TB</p>

NB : Le traitement des cas de coinfection est réservé au médecin

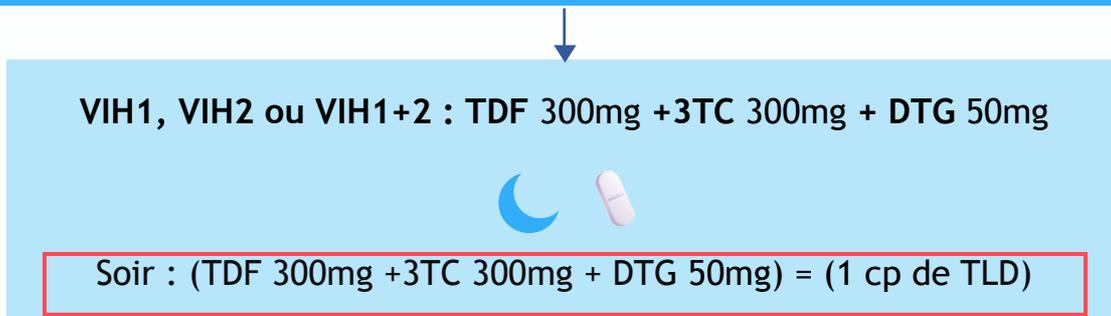
Coinfection VIH/Hépatite B

Traitement de 1ère

Femme enceinte dépistée positive au VIH au premier trimestre de grossesse



Femme enceinte dépistée positive au VIH à partir du deuxième trimestre de grossesse, à l'accouchement ou pendant l'allaitement



NB :

Les protocoles de traitement en cas de coinfection VIH/Hépatite B sont identiques à ceux de l'infection à VIH seul

Le traitement des cas de coinfection est réservé au médecin (Hépatogastroentérologue pour ce qui concerne l'Hépatite)

Observance du Traitement ARV

Fiche d'évaluation de l'observance du traitement ARV

NUMERO CLIENT __/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

NOM ET PRENOMS DU PRESCRIPTEUR :

NOM ET PRENOMS SF, Assistant social ou ASC :

STRUCTURE HABITUELLE DE PEC :

I. EVALUATION DU COMPORTEMENT

- Comment ça se passe pour vous, vos traitements ?

ITEMS	1ère		2ème		3ème		4ème		5ème		6ème		7ème		8ème	
	Visite		visite		visite		visite		visite		visite		visite		visite	
	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N
Aucun problème																
Nausée																
Vomissement																
Vertiges																
Diarrhée																
Réactions cutanées																
Fourmillement des plantes des pieds/paumes des mains																
Autres (préciser)																

- Pouvez-vous me raconter comment vous avez pris vos médicaments hier ? (Demander au patient de décrire)

ITEMS	1ère		2ème		3ème		4ème		5ème		6ème		7ème		8ème	
	Visite		visite		visite		visite		visite		visite		visite		visite	
	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N
Selon les posologies et les horaires indiqués																
A respecté les posologies mais pas les horaires																
A respecté les horaires mais pas les posologies																
N'a respecté ni l'horaire, ni la posologie																
N'a pas pris du tout																

• Comment faites-vous pour vous rappeler vos prises de médicaments ?

ITEMS	1ère Visite		2ème visite		3ème visite		4ème visite		5ème visite		6ème visite		7ème visite		8ème visite	
	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N
Spontanément																
Horloge/réveil																
Rappel par un proche																
Courrier électronique																
SMS																

• Comment prenez-vous vos médicaments lorsque vous n'êtes pas chez vous ?

ITEMS	1ère Visite		2ème visite		3ème visite		4ème visite		5ème visite		6ème visite		7ème visite		8ème visite	
	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N
Publiquement sans souci																
Quand je suis seul																
Ne prend pas																

• Survenue des situations pour lesquelles vous avez risqué d'oublier de prendre votre traitement ?

ITEMS	1ère Visite		2ème visite		3ème visite		4ème visite		5ème visite		6ème visite		7ème visite		8ème visite	
	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N
Non																
Oui (Préciser)																

• Quels sont les moyens de prévention que vous utilisez ?

ITEMS	1ère Visite		2ème visite		3ème visite		4ème visite		5ème visite		6ème visite		7ème visite		8ème visite	
	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N
Préservatif																
Abstinence																
Fidélité réciproque																
PTME																
Aucun (Raison)																

II. EVALUATION DES EMOTIONS

- Comment vous sentez vous en ce moment ?

ITEMS	1 ^{ère} Visite		2 ^{ème} visite		3 ^{ème} visite		4 ^{ème} visite		5 ^{ème} visite		6 ^{ème} visite		7 ^{ème} visite		8 ^{ème} visite	
	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N
Bien																
Souffrant (Préciser)																

- Avez-vous été confronté(e) à des évènements particuliers au cours du mois ?

ITEMS	1 ^{ère} Visite		2 ^{ème} visite		3 ^{ème} visite		4 ^{ème} visite		5 ^{ème} visite		6 ^{ème} visite		7 ^{ème} visite		8 ^{ème} visite	
	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N
Si Oui, (Préciser)																

- Au niveau affectif, amoureux, sexuel, comment est-ce que cela se passe ?

ITEMS	1 ^{ère} Visite		2 ^{ème} visite		3 ^{ème} visite		4 ^{ème} visite		5 ^{ème} visite		6 ^{ème} visite		7 ^{ème} visite		8 ^{ème} visite	
	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N
Bien																
Il y a des problèmes (préciser les problèmes)																

III. EVALUATION DU NIVEAU COGNITIF

- Qu'est-ce que vous attendez de votre traitement ?

ITEMS	1 ^{ère} Visite		2 ^{ème} visite		3 ^{ème} visite		4 ^{ème} visite		5 ^{ème} visite		6 ^{ème} visite		7 ^{ème} visite		8 ^{ème} visite	
	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N
Guérir de l'infection																
Avoir un bon état de santé																
Autres (préciser)																

- Quelles sont les manifestations que vous aviez eu qui vous incitaient à arrêter le traitement ?

ITEMS	1ère visite		2ème visite		3ème visite		4ème visite		5ème visite		6ème visite		7ème visite		8ème visite	
	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N
Vomissement																
Diarrhée																
Courbature																
Fourmillement des extrémités																
Manifestations cutanées																
Douleurs abdominales																
Autres (préciser)																

IV. EVALUATION DU NIVEAU SOCIAL

- Qu'est ce que vous faites dans la journée ?

ITEMS	1ère visite		2ème visite		3ème visite		4ème visite		5ème visite		6ème visite		7ème visite		8ème visite	
	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N
Existence d'activité professionnelle																
Vague à ses activités professionnelles																

Si non, pourquoi? -----

- Y a t'il quelqu'un avec qui vous discutez de votre traitement ?

ITEMS	1ère visite		2ème visite		3ème visite		4ème visite		5ème visite		6ème visite		7ème visite		8ème visite	
	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N
Oui																
Non																

COMMENTAIRES

ITEMS	1ère visite		2ème visite		3ème visite		4ème visite		5ème visite		6ème visite		7ème visite		8ème visite	
	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N
Votre patient est-il observant ?																
Avez-vous trouvé avec lui des stratégies pour améliorer l'observance du traitement?																
Votre patient doit-il être référé ?																

Utilisation de la fiche d'évaluation de l'observance

Permet d'identifier les éléments qui perturbent ou qui pourraient perturber la prise des médicaments.

Est utilisée lors des CPN et consultations postnatales par la SF, l'assistant social, l'agent de santé communautaire

Mettre une croix dans la case correspondante à une situation que la femme PVVIH souligne ou ne souligne pas.

Si la PVVIH souligne un aspect, l'on mettra une croix dans la colonne

O = Oui

Si la PVVIH ne signale pas une situation, l'on mettra une croix dans la colonne N = Non

Effets secondaires des ARV

TYPE ARV	Effets secondaires
Zidovudine (ZDV ou AZT)	Troubles digestifs, malaise, insomnie, céphalées Myélotoxicité, Acidose lactique, Myocardiopathie
Lamivudine (3TC), Emtricitabine (FTC)	Eruption cutanée, céphalées, nausées
Ténofovir (TDF)	Céphalées, nausées, douleurs abdominales Néphropathie, déminéralisation osseuse, acidose lactique
Efavirenz (EFV)	Troubles cutanés, troubles neuropsychiques ++ (ivresse, dépression) Hypertransaminasémie, Tératogénicité (animal)
Névirapine (NVP)	Hypertransaminasémie, éruption cutanée ++ (Stevens-Johnson, Lyell)
lopinavir	Diarrhée, nausées, vomissements, douleurs abdominales Asthénie, somnolence, prurits, acné Hypercholestérolémie, hypertriglycéridémie Élévation de ASAT, ALAT, gGT, Glycémie

TYPE ARV	Effets secondaires
Ritonavir	Diarrhée, nausées, vomissements, douleurs abdominales Altération du goût, anorexie, paresthésie péri-buccale Neuropathie périphérique sensitive
Dolutegravir	COURANT Nausées, diarrhée, céphalées, troubles du sommeil (insomnies) RARES MAIS SERIEUX Hépatotoxicité, myopathie, lipodystrophie Réaction d'Hypersensibilité (éruption cutanée, symptômes généraux, dysfonctionnement d'organe) Anomalie du tube neural

CAT en cas d'effets secondaires des ARV

- Administration d'antihistaminiques et de corticothérapie brève
- Vérification de la posologie en vue d'une adaptation de la dose utilisée
- Recherche des facteurs associés à la prise des ARV
- Prescription de ralentisseur du transit (lopéramide) et ou d'anti-infectieux
- Réhydratation en cas de signes évidents de déshydratation
- Référence de la cliente

Syphilis et grossesse

La syphilis est une maladie systémique à transmission sexuelle due à une bactérie appelée *Treponema pallidum*. Non traitée au stade primaire aigu, elle se transforme en maladie chronique.

La syphilis évolue en trois stades:

- **Stade primaire** : débute 21 jours après la contamination sous forme d'un chancre (ulcération) génital indolore qui persiste 2 à 6 semaines.
- **Stade secondaire** : caractérisé par une éruption cutanée sur l'ensemble du corps, souvent accompagnée de fièvre et de douleurs musculaires. Dure 2 à 6 semaines et est suivie par une Phase latente pendant plusieurs années sans signe clinique.
- **Stade tertiaire** survient plusieurs années voire plusieurs dizaines d'années après la contamination et peut prendre la forme d'une neurosyphilis (atteinte du cerveau ou de la moelle épinière), d'une syphilis cardio-vasculaire (atteinte aortique et cardiaque) ou d'une syphilis tardive bénigne (essentiellement atteinte cutanée). Ces complications surviennent chez 40 % environ des sujets présentant une infection latente, en l'absence de traitement antibiotique.

Impact de la syphilis maternelle sur l'issue de la grossesse

Le *Treponema pallidum* présent dans le sang d'une femme enceinte peut être transmis à l'enfant à naître, notamment au stade précoce de l'infection. La plupart des femmes atteintes de syphilis depuis moins d'un an vont transmettre l'infection à leur enfant avant la naissance. Cette transmission peut aller jusqu'à 80%. Étant donné qu'il faut entre 10 et 45 jours pour que des tests sérologiques permettent de déceler l'infection syphilitique, un premier test négatif ne garantit pas qu'il n'y a pas d'infection. Les femmes enceintes chez lesquelles le premier test est négatif doivent être soumises à un nouveau test plus tard pendant leur grossesse ou au moment de l'accouchement.

En Côte d'Ivoire, les données disponibles montrent que 1 729 femmes enceintes ont été dépistées positives à la syphilis. Le nombre total de femmes enceintes vues en CPN1 en 2019 est de 908 934. Cependant, le nombre de femmes ayant bénéficié de test parmi les 908 934 femmes enceintes n'est pas connu (*données de routine 2019*).

Les données sur l'incidence de la syphilis congénitale parmi les nourrissons sont peu nombreuses du fait des difficultés de diagnostic, de la présence d'infections asymptomatiques et de l'absence de système de surveillance ou de notification.

Les conséquences de la Syphilis sur la grossesse sont l'avortement spontané, le décès périnatal, l'insuffisance pondérale à la naissance (y compris la prématurité) et l'infection syphilitique chez le nouveau-né. De même les données de prévalence de la Syphilis chez la femme enceinte sont peu disponibles.

La stratégie de prévention de la syphilis néonatale consiste en un diagnostic et un traitement des cas de Syphilis chez la femme enceinte

Diagnostic de la syphilis chez la femme enceinte	<p>Suspicion clinique devant :</p> <ul style="list-style-type: none"> Chancre génital Eruption cutanée <p>Bilan paraclinique:</p> <ul style="list-style-type: none"> - VDRL/TPHA - ou tests tréponémiques simples et rapides
Traitement chez la femme enceinte	<p>Une seule dose de pénicilline chez la femme enceinte diagnostiquée positive et cette dose est efficace pour prévenir l'infection chez le fœtus</p>
Diagnostic de la syphilis congénitale	<p>Suspicion clinique chez le nouveau-né</p> <p>Signes précoces :</p> <ul style="list-style-type: none"> lésions cutanées caractéristiques adénopathies hépatosplénomégalie retard de croissance écoulements nasaux sanguinolents fissures péribuccales syndrome méningé convulsions handicap intellectuel ostéochondrite pseudo-paralysie <p>Signes tardifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> gomes syphilitiques lésions périostées parésie atrophie optique kératite interstitielle surdité neurosensorielle dentaires <p>hydrocéphalie</p> <p>déformations</p> <p>Bilan paraclinique</p> <ul style="list-style-type: none"> - VDRL/TPHA - ou tests tréponémiques simples et rapides chez les enfants de plus de 15 mois
Traitement de la syphilis congénitale	<p>Une hospitalisation et l'administration quotidienne de pénicilline par voie parentérale pendant dix jours consécutifs</p>



Prophylaxie Pré et Post Exposition

Prophylaxie Pré Exposition (PrEP)

Prise d'une association fixe d'antirétroviraux par une personne non infectée mais exposée à un haut risque de contracter le VIH par voie sexuelle.

Prescrit par un Médecin référent pour la PrEP suite à un bilan clinique et biologique (dépistage du VIH, VHB, créatinémie) et accompagné d'un suivi médical.

Cibles: hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, travailleurs-euses du sexe, usagers-ères de drogues, partenaires séronégatifs dans les couples séro-différents, jeunes filles de 15-24 ans en contexte de vulnérabilité

En Côte d'Ivoire, la molécule utilisée est la combinaison TDF 300mg /3TC 300mg

PrEP en continue :



1 comprimé par jour

PrEP discontinuée
(ou à la demande)



1^{ère} prise : 2 comprimés à prendre en même temps entre 2 h et 24 h avant l'exposition au risque
2^{ème} prise : 1 comprimé à prendre environ 24 h après la 1^{ère} prise
3^{ème} prise : 1 comprimé à prendre environ 24 h après la 2^{ème} prise

Prophylaxie Post Exposition en cas d'AES

- Nettoyer la lésion à l'eau courante et au savon, puis rincer
- Pour les muqueuses rincer à l'eau ou au sérum physiologique
- Faire le prélèvement du patient exposé
- Faire le prélèvement du sujet source
- Si le patient exposé est séronégatif pour le VIH et le sujet source est VIH positif ou de statut inconnu : initier la chimio prophylaxie le plus tôt possible après l'exposition, et avant la 72^{ème} heure, pendant une durée de 28 jours
 - **Adultes et adolescents (≥12 ans et Poids ≥ 35kg)**
Soir ou matin : TDF 300mg + 3TC 300mg + DTG 50mg (TLD) (1 comprimé /jour)
 - **Enfants de moins de 12 ans et poids < 35 Kg**
AZT + 3TC + LPV/r à une posologie dépendant du poids de l'enfant
- Déclarer le cas d'AES au médecin du travail et le cas de violence sexuelle aux autorités judiciaires

Codification

Numéro de gestante (CPN)

Composé de **Numéro d'ordre de CPN / Lettre du box de consultation** (A pour 1^{er} box, B pour deuxième box...) / **Année** / **Rang de la CPN** / **Numéro du registre où est enregistré la visite CPN** / **Numéro de la page où est enregistré la visite CPN**

Exemple : Une femme enregistrée en huitième (08) rang venue faire sa CPN1 en 2020, reçu dans le box B, est enregistré dans le premier (01) registre CPN de l'année, à la page 10

Numéro: 08/B/ 2020/CPN1/R1/P10

Code dépistage client

Composé de **Numéro du registre / Numéro du poste de dépistage /Année / Numéro d'ordre**

Exemple: 02/01/2015/045

C'est le 45^{ème} patient du registre N° 02 de l'année 2015 du poste de dépistage N° 1

NB : Pour un dépistage de conjoint compléter le numéro par la lettre C
Pour un dépistage d'enfant compléter le numéro par la lettre E

Numéro unique d'identification pour la Prise en charge

Composé de **Code Etablissement / Numéro du site / Année/ Numéro d'ordre du client sur le site**

Exemple:

Code Etablissement : CHU Treichville, code = 0130 (attribué par la DIIS, disponible au district)

Numéro du site : Gynéco CHU Treichville, num=03

Année : Pour l'année 2015, inscrire 15

Numéro d'ordre du client sur le site : 30^{ème} client, num= 00030

Numéro d'identification unique = 0130/03/15/00030

Dispositif national de soins et soutien

Composantes	Activités	Adultes		Adolescents et enfants		
		Clinique	Communa- taire	Clinique	Communa- taire	
Soutien médical	Soins physiques : Prise en charge de la douleur et des autres symptômes physiques	X	X	X	X	
	Distribution communautaire des ARV et autres médicaments		X		X	
	TPI (Chimio prophylaxie à l'Isoniazide/INH) / TPT (Enfants de 0 à 5 ans; PVVIH)			X		
	Recherche active des sujets contact des PVVIH tuberculeux		X		X	
	Suivi communautaire des PVVIH sous ARV/Cotri /INH		X		X	
	Conseils pour l'observance au traitement ARV	X	X	X	X	
	Education thérapeutique du patient (ETP)	X	X	X	X	
	Recherche systématique des IST chez le PVVIH à chaque consultation et des sujets contacts	X	X	X	X	
	Distribution systématique des préservatifs aux PVVIH	X	X	X (ado)	X (ado)	
	Dépistage secondaire des lésions précancéreuses du cancer du col de l'utérus (Femmes PVVIH)	X	X	X	X	
Soutien psychologique	Soutien psychologique au malade et famille	1. Evaluation psychologique	X	X	X	X
		2. Conseils psychologique	X	X	X	X
		3. Psychothérapie de soutien	X	X	X	X
		4. Annonce adaptée du statut sérologique			X	X
		5. Transition des adolescents de la Pédiatrie à la PEC adulte			X	X
		6. Groupe d'auto - soutien ou groupe de support			X	X

Composantes	Activités	Adultes		Adolescents et enfants	
		Clinique	Communautaire	Clinique	Communautaire
Soutien psychologique	Soutien psychologique au soignant (SEPS) 1. Evaluation des troubles psychologiques ; 2. Psychothérapie de soutien ; 3. Groupes de paroles	X	X	X	X
Soutien spirituel	1.Evaluation des troubles spirituels ; 2. Conseils ; 3. Accompagnement spirituel du patient		X		X
Soutien social	1. Aide à l'hygiène (corporelle, vestimentaire et environnementale) ; 2. Aide financière ; 3. Aide administrative) ; 4. Aides récréatives ; 5. Aide à l'hébergement	X	X	X	X
Soutien économique	1.Apporter les appuis financiers; 2. Mettre en place les AVEC/AUEC ; 3. Mise en place des AGR		X		X
Soins et soutien nutritionnel et alimentaire	Soins et soutien nutritionnels (1. Evaluation nutritionnelle ; 2. Conseils nutritionnels ; 3. Traitement nutritionnel avec aliments thérapeutiques (locaux ou non) Soutien Alimentaire (Distribution de kits alimentaires)	X	X	X	X
Soutien juridique	1. Lutte contre la stigmatisation/discrimination ; 2. Protection sociale ; 3. VBG	X	X	X	X
Soutien à l'éducation et à la mise en apprentissage	1.Soutien à Education ; 2. Soutien pour la Mise en apprentissage des déscolarisées et les non scolarisés				X

LISTE DES PARTICIPANTS A LA VALIDATION DU MANUEL DE NORMES ET PROCEDURES TECHNIQUES DE PTME

	Nom et Prénoms	Fonction	Structure
1	Pr EHUI Eboi	Directeur Coordonnateur	PNLS
2	BORO-SOUMAHORO Djénéba	Chef de service PTME	PNLS
3	Dr AHOBA BOBO Irma	Consultant	OMS
4	FARDON José	Consultant	SYL
5	BAMBA Inza	Assistant suivi évaluation	PNLS
6	Dr MEMAIN Hélène	Chef de service Soins et Soutien	PNLS
7	Dr KOUADJALE Maturin	Chef de service Soins et Traitement	PNLS
8	Dr KONAN Marcelin	Médecin/ Assistant PTME	PNLS
9	MALAN Sylvie	Assistante PTME	PNLS
10	ASSI Kouso M. Christelle	Assistante PTME	PNLS
11	TETCHI Matilde	Assistante PTME	PNLS
12	Dr KOUAME Blaise	Chef de service Dépistage	PNLS
13	ESSEY Gabin	Assistant communication	PNLS
14	Dr AHOUA Adingra Patrice	Médecin, Consultant	PNLS
15	AKPATOU Kouamé Jean	Assistant technique	EGPAF
16	SIE Catherine épouse Kouassi	Conseiller Technique Comm	EGPAF
17	N'GORAN Christelle	Assistant technique prévention PTME	ACONDA
18	GOUBO Honoratte	SFDE	CSU Dioulabougou
19	N'DEDE Aman Madeleine	SFDE	CHR Yamoussoukro
20	COULIBALY Naraba Kouyaté	Coordinatrice soins et prévention	HAI
21	Dr ZEREBE Toh	Médecin Chargé d'Etude	PNSME
22	KOUASSI Akissi André C	SFDE	PMI Yamoussoukro
23	Dr KOUASSI Jean Pierre	Médecin	ANADER
24	Dr BAROUAN Catherine	Chargée du programme VIH/TB/H	OMS
25	N'DRI Yacouba	CT PTME/CD	SEV-CI
26	Dr KOFFI Brou Martin	Médecin gynéco-Obstétricien	SOGOCI
27	Alain SOMIAN	Directeur Exécutif	RIP+
28	SEMI Lou Bertine	PCA	Femme Active
29	DEGNY Ama Marie France	SFDE	HG Marcory
30	ADAYE Abenan Euphrasie	SFDE	CSR/M'Possa
31	BAMOGO Augustine	SFDE	HG Marcory
32	Dr AHIMON Evelyne	Chargée de programme	MSHP CoAg
33	Dr BA-GOMIS Franck	Conseiller appui communautaire	ONUSIDA
34	KOUAKOU Ahou berthe	SFDE	DIIS
35	CAPO-CHICHI Fatou	Assistante projet	ARIEL GLASER
36	Dr BILLY Aristide	Médecin, Consultant	PNLS
37	Dr NOBAH-B. Marie Thérès	CTS PTME	CDC
38	Dr SILUE-C. N. Aliatou	Chef de service Communication	PNLS
39	Dr DILOLO- S. Victorine	Chargée de Programme	UNICEF
40	Dr AKAKI Amino Angennes	Directrice projet ELMA	EGPAF
41	DOUMBIA Yacouba	Directeur de Programme	HAI