

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE LA
COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE
CONTRE LE SIDA

REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE
UNION – DISCIPLINE - TRAVAIL

Abidjan, le 09 JUIN 2021

0007 - - - -
N° _____ MSHPCMU/DGS/PNLS/DC

NOTE CIRCULAIRE

/-)

Mesdames/Messieurs
les Directeurs Régionaux de la Santé,
de l'Hygiène Publique et de la Couverture
Maladie Universelle

Objet : mise à jour des Directives Nationales
de Prévention de la Transmission
Mère-Enfant (PTME) du VIH

Le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle porte à votre connaissance de la mise à jour des Directives Nationales de Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME) du VIH.

1- Mesure de la charge virale chez la Femme Enceinte/Allaitante pour la gestion de l'enfant exposé

L'intérêt de la mesure de la charge virale chez toute femme enceinte infectée par le VIH est de s'assurer de la suppression virale, qui est un déterminant clé du risque de transmission du virus de la mère à l'enfant.

- Pour la femme infectée par le VIH déjà sous traitement antirétroviral (TARV), il faut réaliser une mesure de la charge virale dès la première consultation prénatale (CPN 1) si la dernière charge virale date de plus de trois (03) mois ;
- Pour la femme enceinte nouvellement dépistée VIH positive, il faut réaliser une mesure de la charge virale trois (03) mois après l'initiation du TARV.

La mesure de la charge virale au troisième trimestre de la grossesse est obligatoire chez toute femme infectée par le VIH.

Cependant, si au troisième trimestre de la grossesse la femme enceinte a une charge virale datant de moins de trois mois, utiliser le résultat de cette mesure de charge virale pour la gestion de l'enfant exposé (Cf. algorithme annexe 1).

2- Gestion de l'enfant exposé au VIH

2-1 Classification des enfants exposés au VIH à haut ou faible risque de transmission du VIH

2-1.1 Un enfant exposé au VIH est dit à haut risque de transmission du VIH si sa mère présente au moins un des critères suivants :

- n'a pas reçu de TARV tout le long de la grossesse jusqu'à l'accouchement ;
- a été mise sous TARV moins de quatre (04) semaines avant l'accouchement ;
- n'a pas bénéficié de la mesure de la charge virale au cours de la grossesse ;
- a eu une charge virale supérieure à 1000 copies/ml au troisième trimestre de la grossesse ;
- est diagnostiquée séropositive au VIH en salle d'accouchement ou dans les 72 heures après l'accouchement ;
- a eu un accouchement avec des complications (hémorragie intrapartum, placenta prævia, hématome rétro placentaire, accouchement par extraction instrumentale) et si l'enfant a bénéficié de mesures de réanimation (aspiration traumatique) ;
- a choisi l'option d'allaiter son enfant (enfant mis au sein).

2-1.2 Un enfant exposé au VIH est dit à faible risque de transmission du VIH si sa mère présente au moins un des critères suivants :

- est diagnostiquée séropositive au VIH avant ou pendant la grossesse et mise sous TARV au moins quatre (04) semaines avant l'accouchement ;
- a une charge virale inférieure ou égale à 1000 copies/ml au troisième trimestre de la grossesse ;
- a eu un accouchement sans complications (hémorragie intrapartum, placenta prævia, hématome rétro placentaire, accouchement par extraction instrumentale) et si l'enfant n'a pas bénéficié de mesures de réanimation (aspiration traumatique) ;
- n'a pas choisi l'option d'allaiter son enfant (l'enfant n'est pas mis au sein).

2-2 Prophylaxie antirétrovirale (ARV) de l'enfant exposé au VIH

2-2.1 Enfant exposé au VIH avec haut risque de transmission du VIH

Tableau I : Prophylaxie ARV chez l'enfant exposé au VIH avec haut risque de transmission du VIH

Type de VIH de la mère	Molécule ARV	Posologie ARV			Durée de la prophylaxie	
VIH1 ou VIH1+2	Névirapine (NVP) + Zidovudine (AZT)	NVP	< 2 kg	0,5 ml/jour	06 semaines	06 semaines supplémentaires de NVP si résultat de la PCR à 6 semaines de vie est négatif chez un enfant allaité*
			[2 - 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			

*Dans l'attente du résultat de la PCR réalisée à 06 semaines de vie chez l'enfant allaité, il faudrait poursuivre la prophylaxie ARV jusqu'à comptabiliser au total 12 semaines sans interruption avec la NVP.

2-2.2 Enfant exposé au VIH avec faible risque de transmission du VIH

Tableau II : Posologie ARV chez l'enfant exposé au VIH avec faible risque de transmission du VIH

Type de VIH de la mère	Molécules ARV	Poids de l'enfant	Posologie ARV	Durée de la prophylaxie
VIH1	Névirapine (NVP)	< 2 kg	0,5 ml/jour	6 semaines
		[2 kg - 2,5 kg [1 ml/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 [1 ml deux fois/jour	
		≥ 2,5 kg	1,5 ml deux fois/jour	

2-3 Algorithme du dépistage précoce du VIH chez l'enfant exposé (Cf. annexe 2)

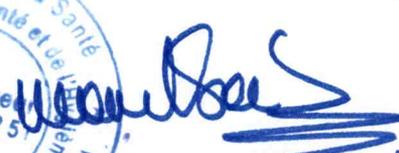
Pour tout enfant dont le résultat de la première PCR est positif (1^{ère} PCR réalisée à partir de 6 semaines de vie), il faut démarrer systématiquement le traitement ARV et demander immédiatement une PCR de confirmation.

Les dispositions antérieures des Directives Nationales de PTME non contraires aux dispositions actuelles restent en vigueur.

Le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) est responsable de la diffusion et du suivi de la mise en œuvre de cette note circulaire.

Les Directeurs Régionaux de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle sont responsables chacun à son niveau de la mise en œuvre effective de la présente note circulaire avec l'appui des partenaires.

Le Directeur Général de la Santé



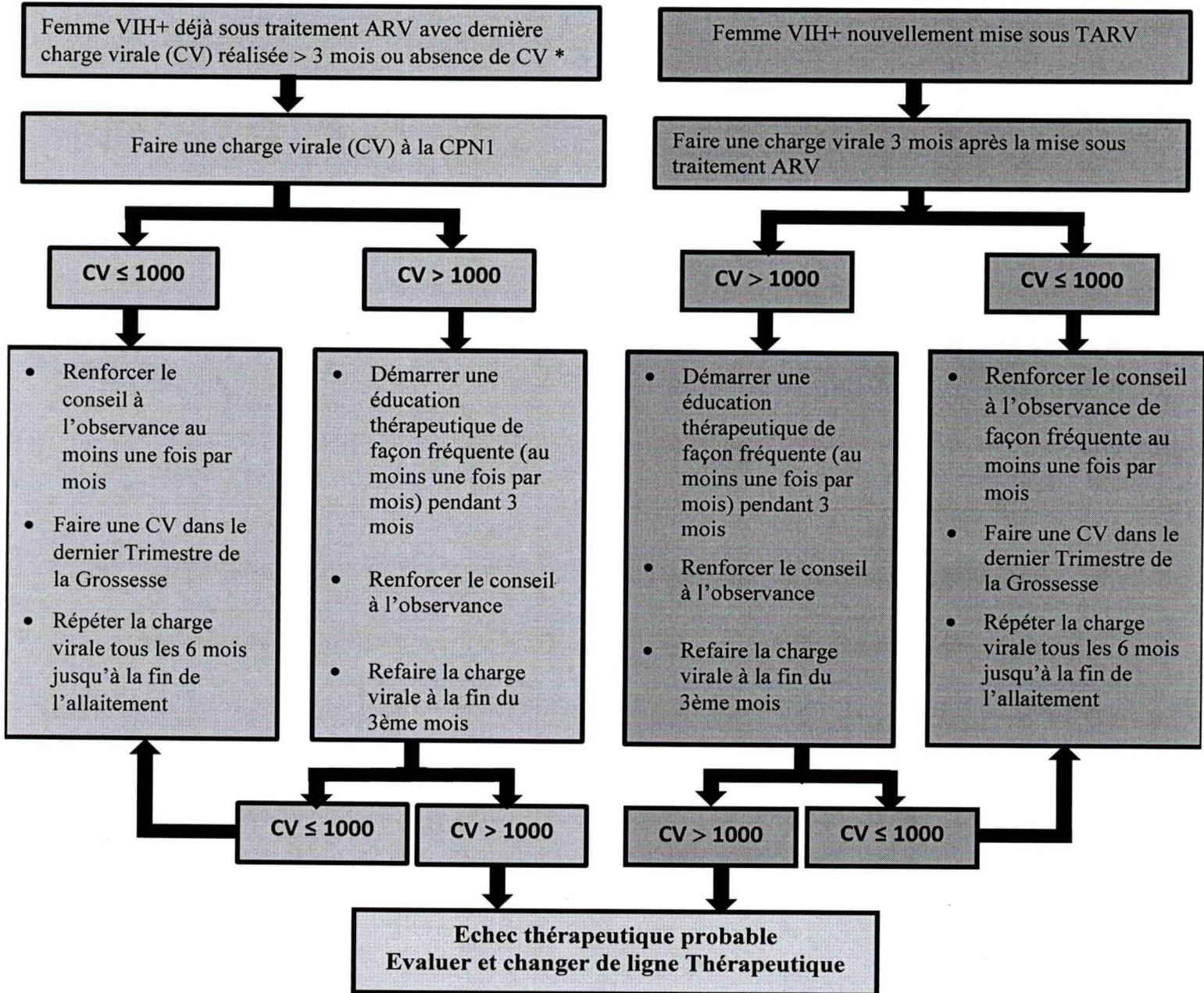
Professeur Mamadou SAMBA



Ampliation :

- DDSHP Concernés
- Les Directeurs et Médecins-Chefs des établissements sanitaires
- Les prestataires de soins

ALGORITHME DE LA CHARGE VIRALE CHEZ LA FEMME ENCEINTE/ALLAITANTE SEROPOSITIVE AU VIH



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

*Pour celles qui ont une CV réalisée depuis moins de 3 mois, il faut tenir compte de la valeur de cette CV pour l'interprétation.



ALGORITHME POUR LE DEPISTAGE PRECOCE DU VIH CHEZ LE NOURRISSON

